PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS

Tradução Oficial para o Português, da quarta edição do original
"Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals

4ª Edição

Em Vigor a partir de
1 Janeiro 2011

Joint Commission International
A division of Joint Commission Resources, Inc.
Copyright by the Joint Commission on Accreditation
Printed in the U.S.A. 5 4 3 2 1
ISBN: 978-1-59940-434-9
Library of Congress Catalog Card Number: 2010928657
For more information on Joint Commission Resources, please visit our web site at
www.jcrinc.com

Coordenadores: Consórcio Brasileiro de Acreditação
Preparação: Consórcio Brasileiro de Acreditação
Diagramação: Aline Figueiredo
Ilustração da Capa: Joint Commission International
Revisão: Equipe Técnica do Consórcio Brasileiro de Acreditação
Impressão e Acabamento: Gráfica Miscal
Tradução: Ana Tereza Miranda

CATALOGAÇÃO NA FONTE

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais [editado por]
Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro:
CBA: 2010
ISBN 978-85-61459-07-9
1. Acreditação de programas de saúde, protocolo clínico – Manuais, guias, etc.
2. Acreditação de programas – Avaliação – Manuais, guias, etc.
3. Serviços de saúde – Avaliação – Manuais, guias, etc.
I. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.
II. Consórcio Brasileiro de Acreditação

2010

Consórcio Brasileiro de Acreditação
Rua São Bento, nº 13 – 1º andar – Centro – 20090-010 – Rio de Janeiro, RJ
e-mail: cba@cbacred.org.br

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, 4ª edição
Joint Commission International

Uma divisão da Joint Commission Resources, Inc.

A missão da Joint Commission International (JCI) é melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional através da prestação de serviços de educação, publicações, consultoria e avaliação.

Os programas educacionais e as publicações da Joint Commission Resources dão apoio, mas são independentes das atividades de acreditação da Joint Commission International. Os participantes nos programas educacionais da Joint Commission Resources e os que adquirem publicações da Joint Commission Resources não recebem qualquer tipo de consideração ou tratamento especial, nem informações confidenciais sobre o processo de acreditação.

Impresso nos E.U.A. 5 4 3 2 1

Os pedidos de autorização para a realização de cópias de qualquer parte deste trabalho devem ser enviados para:

Permissions Editor
Department of Publications
Joint Commission Resources
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Ilinois 60181 E.U.A.
permissions@jcrinc.com
ISBN: 978-1-59940-434-9
Número de Controle da Biblioteca do Congresso: 2010928657
Para mais informações sobre a Joint Commission Resources, por favor, visite http://www.jcrinc.com
Para mais informações sobre a Joint Commission International, por favor, visite
http://www.jointcommissioninternational.org

Conteúdo

Padrões da Joint Commission International para Hospitais

Sobre o Manual

Esta nova atualização do manual de acreditação contém os padrões, propósitos e elementos de mensuração da Joint Commission International para hospitais, incluindo os requisitos centrados no paciente e na instituição nas seguintes categorias:

- Metas Internacionais de Segurança do Paciente
- Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado
- Direitos dos Pacientes e Familiares
- Avaliação dos Pacientes
- Cuidado aos Pacientes
- Anestesia e Cirurgia
- Gerenciamento e Uso de Medicamentos
- Educação de Pacientes e Familiares
- Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
- Prevenção e Controle de Infecções
- Governo, Liderança e Direção
- Gerenciamento e Segurança das Instalações
- Educação e Qualificação de Profissionais
- Gerenciamento da Comunicação e Informação

O manual inclui também uma introdução, que pode ser utilizada como guia do usuário, uma lista completa das políticas e procedimentos da JCI, um glossário abrangente de termos chave, e um índice detalhado. Todos os padrões e políticas contidos neste manual estão em vigor desde 1 de janeiro de 2011.

Sobre a Joint Commission International

A Joint Commission International (JCI) é uma fonte de conhecimentos privilegiada, focada no cliente e na obtenção de resultados, para instituições de saúde do mundo inteiro, organismos governamentais e terceiros responsáveis pelo pagamento de cuidados de saúde no mundo inteiro. Ela disponibiliza serviços educativos, serviços de consultoria e publicações para apoiar a melhoria da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços de saúde prestados. A JCI disponibiliza programas de acreditação internacionais e específicos para cada país, e outras ferramentas de avaliação destinadas a realizar avaliações objetivas sobre a qualidade e a segurança das instituições de saúde.

A JCI é uma divisão da Joint Commission Resources, Inc., uma afiliada totalmente controlada e sem fins lucrativos, criada pela The Joint Commission para proporcionar a liderança em matéria de acreditação de instituições de saúde e de melhoria da qualidade.

Prefácio

A Joint Commission International (JCI) tem muito prazer em apresentar esta quarta edição dos padrões internacionais para hospitais. A JCI foi criada em 1998 como o braço internacional da The Joint Commission (Estados Unidos), e, mais de dez anos depois, esta nova edição dos padrões mais uma vez reafirma a missão da JCI de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente em todo o mundo.Os padrões da JCI são verdadeiramente internacionais no que diz respeito ao seu desenvolvimento e revisão.

O processo de desenvolvimento dos padrões é ativamente supervisionado por uma força-tarefa internacional de especialistas, cujos membros são selecionados em cada um dos continentes povoados do mundo. Além disso, os padrões foram avaliados por indivíduos de todo o mundo através de uma revisão via Internet, assim como apreciados pelos Conselhos Consultivos Regionais da JCI na região da Ásia/Pacífico, Europa e Oriente Médio, e por outros especialistas de diversas áreas do cuidado à saúde. Esta nova edição dos padrões hospitalares vem juntar-se ao conjunto de padrões internacionais da JCI relacionados aos Cuidados Ambulatoriais, Cuidados Continuados, Laboratórios Clínicos, Transporte Médico, Atenção Primária e aqueles destinados à Certificação de Programas de Cuidados Clínicos. Os padrões da JCI constituem a base para a acreditação e certificação de instituições de saúde e de programas de saúde em todo o mundo. Além disso, os padrões da JCI têm sido utilizados no desenvolvimento e implementação de programas de acreditação em muitos países e têm sido também utilizados por agências públicas, ministérios da saúde e outros, buscando avaliar e melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente.

Esta quarta edição reflete as mudanças dinâmicas que têm ocorrido continuamente ao redor do mundo em termos de cuidado à saúde. Esta edição também refina as Metas Internacionais de Segurança do Paciente para reforçar a sua efetividade e faz várias mudanças de modo a estreitar o elo entre a mensuração da qualidade e a melhoria da qualidade ao exigir o uso de medidas testadas disponíveis na Biblioteca de Medidas da Joint Commission International. Além disso, muitas mudanças têm sua origem no conhecimento adquirido da análise de incidentes relacionados à segurança do paciente e sua causa raiz. Muitas destas mudanças estão identificadas na Introdução que se segue.

Assim como ocorre com todos os padrões da JCI, esta edição contém um conjunto completo de padrões, propósitos para cada padrão, e elementos de mensuração para se avaliar a conformidade com cada padrão. Esta estrutura permitirá que os leitores identifiquem e compreendam os requisitos específicos incorporados nos padrões.

Para maiores informações sobre o programa de hospitais e outros programas de acreditação e certificação da JCI, sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e outras iniciativas da JCI, ou para assistência no desenvolvimento de um programa de acreditação específico para um país, ou ainda, se necessitar de auxílio para se preparar para a acreditação, por favor, contatar a JCI no seguinte endereço:

Joint Commission International Accreditation
1515 West 22nd Street, Suite 1300W
Oak Brook, IL 60523 USA
01-630-268-7400
JCIAccreditation@jcrinc.com

A JCI reconhece que a elaboração dos padrões é um "trabalho em progressão". É com este espírito que agradecemos quaisquer comentários e sugestões para que possamos nos aperfeiçoar.

Karen H. Timmons
Presidente e Diretora Executiva
Joint Commission International e Joint Commission Resources

CBA para o Brasil

O Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) tem a satisfação de apresentar esta segunda edição do Manual "Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais".

O processo de acreditação tem se consolidado como excelente metodologia de avaliação de qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. Impulsionada pela criação, em 1998, da subsidiária da Joint Commission, a *Joint Commission International* (JCI), que desenvolve este processo fora dos Estados Unidos, a acreditação ultrapassou as barreiras territoriais, históricas e culturais dos diversos continentes e é hoje utilizada como ferramenta efetiva de avaliação e melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado ao paciente. Atualmente, mais de 300 instituições de saúde estão acreditadas ou certificadas pela metodologia da JCI no mundo, incluindo o Brasil, constituindo uma rede de instituições reconhecidas pela excelência do cuidado prestado ao paciente.

Em total sintonia com a evolução mundial da acreditação, as instituições de saúde brasileiras são avaliadas pelo CBA-JCI, segundo os mesmos manuais utilizados pela JCI para avaliar instituições de saúde no mundo inteiro. Desta forma, todas as instituições acreditadas podem se comparar às melhores instituições de saúde do mundo, compartilhando indicadores de desempenho clínicos e gerenciais reconhecidos internacionalmente.

A presente edição em português deste Manual foi produzida pela equipe técnica do CBA e obedece com fidelidade o conteúdo da versão original, em Inglês.

No Brasil, quaisquer esclarecimentos referentes ao conteúdo deste manual ou ao processo de acreditação poderão ser solicitados diretamente ao CBA, através dos contatos abaixo:

Endereço: Rua São Bento, 13 1º andar Centro
Telefone: 0xx21-3299-8200
Site: www.cbacred.org.br E-mail: cba@cbacred.org.br

Orlando Marques Vieira
Presidente
Comitê de Acreditação –CBA

Subcomitê de Padrões da Joint Commission International e Painel de Especialistas

Suet Wun Lim, M.D. (Chair)
Singapore

Lee Chien Earn, M.D.
Singapore

Paul B. Hofmann, Dr.P.H., F.A.C.H.E.
Moraga, California, U.S.A.

William L. Holzemer, R.N., Ph.D., F.A.A.N.
San Francisco, California, U.S.A.

Stanley S. Kent, M.S., R.Ph., F.A.S.H.P.
Evanston, Illinois, U.S.A.

Mary Ann Kliethermes, B.S., Pharm.D.
Downers Grove, Illinois, U.S.A.

Beth Lilja, M.D.
Copenhagen, Denmark

David Marx, M.D.
Prague, Czech Republic

Jose Noronha, M.D.
Rio de Janeiro, Brazil

Yazid A. Ohaly, M.D.
Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

Hua Wang, M.D.
Wuhan, People’s Republic of China

Stuart Whittaker, M.D.
Pinelands, Republic of South Africa

Introdução

Esta quarta edição dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais contém todos os padrões, propósitos, elementos de mensuração dos padrões, políticas e procedimentos de acreditação, e um glossário de palavras-chave. Esta introdução foi criada com o intuito de fornecer informações a respeito dos seguintes tópicos:

- Os benefícios da acreditação
- A Joint Commission International (JCI) e sua relação com a The Joint Commission (EUA)
- As iniciativas de acreditação internacional da JCI
- A origem dos padrões e a forma como estão organizados
- Como utilizar este manual de padrões
- O que há de novo nesta quarta edição do manual

Se, após ler esta publicação, ainda houver dúvidas com relação aos padrões ou ao processo de acreditação, favor contatar a JCI. As informações para contato estão localizadas no Prefácio (que precede esta sessão).

O que é acreditação?

Acreditação é um processo no qual uma entidade, geralmente não-governamental, separada e independente da instituição de saúde, avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado. A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são geralmente considerados como ideais e concretizáveis. A acreditação propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos ao paciente e aos profissionais. A acreditação tem granjeado atenção em todo o mundo como ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade.

Quais são os benefícios da acreditação?

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos. Através disso, as instituições:

- Elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador;
- Negocia junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à qualidade do cuidado;
- Escutam os pacientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo de cuidado;
- Criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança; e
- Estabelecem um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis.

Qual é a relação da JCI com a The Joint Commission?

A JCI é a divisão internacional da The Joint Commission (EUA); a missão da JCI é melhorar a qualidade e segurança dos cuidados à saúde na comunidade internacional.

Por mais de 75 anos, a The Joint Commission (EUA) e sua organização predecessora têm se dedicado à melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde. Atualmente, a The Joint Commission é a maior acreditadora de instituições de saúde nos Estados Unidos, avaliando cerca de 16.000 programas de cuidados à saúde através de um processo voluntário de acreditação. A The Joint Commission e a JCI são ambas instituições norte-americanas não-governamentais e sem fins lucrativos.

Qual é o propósito e o objetivo das iniciativas de acreditação da JCI?

A acreditação da JCI corresponde a uma variedade de iniciativas criadas em resposta a uma demanda crescente no mundo inteiro por uma avaliação dos cuidados à saúde, com base em padrões. A intenção é, portanto, oferecer à comunidade internacional processos objetivos, baseados em padrões, para a avaliação de instituições de saúde. O objetivo do programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde, através do emprego de padrões de consenso internacional, de Metas Internacionais de Segurança do Paciente, e de assistência ao monitoramento com indicadores. Além dos padrões contidos nesta quarta edição, a JCI desenvolveu padrões e programas de acreditação para:

- Cuidados Ambulatoriais
- Laboratórios de Análises Clínicas
- Centros de Atenção Primária
- Cuidados Continuados (atenção domiciliar, assistência à realização de atividades diárias, cuidados prolongados, cuidados em asilos)
- Instituições de Transporte Médico

A JCI oferece também certificação de programas de cuidados clínicos, tais como programas de cuidado a vítimas de acidente vascular encefálico, cardiopatias ou substituição de articulação. Os programas de acreditação da JCI são baseados em uma estrutura internacional de padrões adaptáveis às necessidades locais.

Todos os programas de acreditação e certificação da JCI são assim caracterizados:

- Padrões de consenso internacional, desenvolvidos e mantidos por uma força-tarefa internacional, e aprovados por um Conselho internacional, constituem a base do programa de acreditação.
- A filosofia fundamental dos padrões é baseada em princípios de gestão da qualidade e melhoria contínua da qualidade.
- O processo de acreditação foi projetado para adaptar-se aos fatores legais, religiosos e/ou culturais de cada país. Apesar de os padrões estabelecerem perspectivas uniformes e de elevado nível em matéria de segurança e de qualidade do cuidado ao paciente, faz parte do processo de acreditação refletir sobre a adaptação dessas perspectivas às especificidades de cada país.
- A equipe de avaliadores e a programação das avaliações *in-loco* variam de acordo com o tamanho da instituição e com o tipo de serviços prestados. Por exemplo, uma grande instituição com especialidades múltiplas pode requerer uma avaliação de quatro ou cinco dias, conduzida por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro e um administrador, enquanto que para um hospital com 50 leitos, com uma só especialidade, uma avaliação mais curta com uma equipe menor de avaliadores pode ser adequada.
- A acreditação da JCI foi projetada para ser válida, confiável e objetiva. Com base na análise dos achados da avaliação, as decisões finais de acreditação são tomadas por um comitê internacional de acreditação.

Como foram desenvolvidos inicialmente os padrões hospitalares e de que forma eles foram aperfeiçoados para esta quarta edição?

Um Sub-Comitê Internacional de Padrões, composto por 12 membros, incluindo médicos, enfermeiros, e administradores experientes e especialistas em políticas públicas, orienta o processo de desenvolvimento e revisão dos padrões internacionais de acreditação da JCI. O Sub-Comitê é constituído por membros das seis principais regiões do mundo: América Latina e Caribe, Ásia e Orla do Pacífico, Oriente Médio, Europa Central e Oriental, Europa Ocidental e África. O trabalho do Sub-Comitê é aperfeiçoado com base em uma pesquisa de campo internacional que analisa os padrões e com base também na contribuição de especialistas e outros com conhecimentos de conteúdo específico.

Como estão organizados os padrões?

Os padrões estão organizados em torno de importantes funções, comuns a todas as instituições de saúde. A organização funcional dos padrões é hoje a mais amplamente utilizada no mundo e tem sido validada através de estudos científicos, testes e aplicação.

Os padrões estão agrupados de acordo com as funções relacionadas à prestação de cuidados ao paciente e à criação de uma instituição segura, eficaz e bem administrada. Estas funções se aplicam a toda a instituição, bem como a cada departamento, unidade ou serviço existente no interior da instituição. O processo de avaliação recolhe informações sobre a conformidade com os padrões em toda a instituição e a decisão de acreditação é baseada no nível global de conformidade observado na instituição como um todo.

Os padrões estão disponíveis para serem utilizados pela comunidade internacional?

Sim. Estes padrões estão disponíveis no domínio público internacional para serem utilizados por instituições de saúde individuais e por organismos públicos, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Os padrões só podem ser baixados gratuitamente através do *site* da JCI para que se possa considerar a adaptação dos mesmos às necessidades de cada país. A tradução e a utilização dos padrões da forma como foram publicados pela JCI requer autorização.

Quando existirem leis nacionais ou locais relacionadas a um padrão, qual se aplica?

Quando o cumprimento de um padrão estiver relacionado a uma lei ou regulamento, será considerado o que determinar as maiores ou mais rigorosas exigências.

Como utilizar este manual de padrões?

O manual internacional de padrões pode ser utilizado para:

- Orientar a administração eficiente e eficaz de uma instituição de saúde;
- Orientar a organização e a prestação de serviços de cuidado ao paciente, e os esforços para melhorar a qualidade e a eficiência desses serviços;
- Avaliar as principais funções de uma instituição de saúde;
- Tomar conhecimento daqueles padrões que todas as instituições têm de cumprir para serem acreditadas pela JCI;

- Avaliar as expectativas de conformidade com os padrões e os requisitos adicionais presentes nos propósitos associados;
- Tomar conhecimento das políticas e procedimentos de acreditação e do processo de acreditação; e
- Familiarizar-se com a terminologia utilizada no manual.

O que são os "elementos de mensuração" de um padrão?

Os elementos de mensuração (EMs) de um padrão são os requisitos daquele padrão e do seu propósito que serão avaliados e receberão uma pontuação no decorrer do processo da avaliação de acreditação. Os EMs apenas especificam o que é necessário para estar em completa conformidade com o padrão. Cada um desses elementos já está refletido no próprio padrão ou no propósito. A enumeração dos EMs destina-se a proporcionar maior clareza aos padrões e a ajudar as instituições a educar seus profissionais sobre os padrões e a se preparar para a avaliação de acreditação.

O que é o Plano Estratégico de Melhoria (SIP)?

O Plano Estratégico de Melhoria (SIP) é um Plano de Ação requerido por escrito, que a instituição desenvolve em resposta aos achados "não conforme" identificados no Relatório Final da Avaliação de Acreditação. O SIP deve conter:

- As estratégias / abordagens que a instituição implementará em resposta a cada achado "Não Conforme";
- A descrição das ações específicas que a instituição porá em prática para atingir a conformidade com os padrões / elementos de mensuração pontuados como "Não Conforme";
- A descrição da metodologia utilizada para prevenção da recorrência e sustentabilidade da melhoria ao longo do tempo; e
- A identificação das medidas que serão utilizadas para avaliar a efetividade do plano de melhoria (apresentação de dados pelos três anos subsequentes).

O SIP deve demonstrar que as ações implementadas pela instituição conduzem à conformidade plena com os padrões e elementos de mensuração. O SIP é analisado e aprovado pela equipe técnica do escritório central da JCI, após o comunicado da outorga da acreditação e do Selo de Ouro.

Com que freqüência os padrões serão atualizados?

As informações e experiências relacionadas aos padrões serão coletadas de forma contínua. Se um padrão deixar de refletir a prática atual do cuidado à saúde, a tecnologia usualmente disponível, as práticas de gestão da qualidade, e assim por diante, ele será revisado ou removido. Atualmente se prevê que os padrões sejam revisados e publicados pelo menos a cada três anos.

O que significa a expressão "*Em vigor a partir de*" na capa da quarta edição do manual de padrões?

A expressão "*Em vigor a partir de*" tem dois significados:

1. Para os hospitais já acreditados de acordo com a terceira edição dos padrões, esta é a data a partir da qual é requerida a conformidade com todos os padrões da quarta edição. Os padrões são publicados com, no mínimo, seis meses de antecedência a esta data "*Em vigor*", para dar tempo às instituições de atingir a conformidade plena com os padrões revisados, à época em que se tornarem efetivos.
2. Para os hospitais que estão buscando a acreditação pela primeira vez, a expressão "*Em vigor a partir de*" indica a data a partir da qual todas as avaliações e decisões de acreditação serão baseadas nos padrões da quarta edição. Quaisquer avaliações e decisões de acreditação anteriores à data em vigor serão feitas com base nos padrões da terceira edição.

Quais são as novidades nesta quarta edição do manual?

Esta quarta edição do manual de hospitais apresenta muitas mudanças. Recomenda-se, portanto, a sua análise cuidadosa. De modo geral, ocorreram dois tipos de mudanças:

1. Mudanças que trazem esclarecimentos adicionais e facilitam uma avaliação mais objetiva e consistente, como por exemplo, as revisões dos requisitos contidos em FMS, sobre simulações de incêndio e preparação para desastres; e remoção de palavras vagas como "conforme apropriado" ou "regular".

2. Mudanças para aumentar o nível de exigência quanto a requisitos já existentes ou para introduzir novas exigências. Por exemplo:

- **Meta Internacional de Segurança do Paciente (IPSG) 3 - Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta Vigilância.**
  A avaliação e pontuação desta Meta tinham como foco apenas os eletrólitos concentrados. A avaliação e pontuação agora têm foco em todos os medicamentos definidos pela política institucional como de alto risco.

- **Meta Internacional de Segurança do Paciente (IPSG) 4 – Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto.**
  Com a finalidade de ajudar a interpretar e aplicar esta Meta, o propósito agora contém uma definição de cirurgia que inclui procedimentos invasivos.

- **ACC.1.1.1 Pacientes com necessidades urgentes, emergenciais ou imediatas recebem prioridade de avaliação e tratamento.**
  Foi introduzido o Elemento de Mensuração 4, para enfatizar a necessidade de estabilizar os pacientes de emergência antes de sua transferência para outra instituição, através da utilização de um processo de triagem baseado em evidências.

- **ACC.3.3 Os prontuários clínicos dos pacientes externos que estão recebendo cuidados continuados contêm um sumário com todos os diagnósticos significativos, alergias medicamentosas, medicações em uso e quaisquer procedimentos cirúrgicos e hospitalizações anteriores.**
  Este é um padrão novo, que tem a finalidade de reforçar a integração das informações dos pacientes externos, que receberam cuidados de múltiplas clínicas/especialidades.

- **ACC.3.5 A instituição tem um processo de gerenciamento e acompanhamento dos pacientes que deixam a instituição contrariando o aconselhamento médico.**
  Este é um padrão novo, para auxiliar a reduzir o risco para pacientes que deixam a instituição com tratamento inadequado ou incompleto e para conduzir o hospital a um aprendizado, como resultado do acompanhamento.

- **ACC.5**
  Este padrão condensa dois padrões e inclui agora todos os veículos de transporte, quer sejam ou não de propriedade e operação da instituição.

- **PFR.2 A instituição apóia o direito dos pacientes e familiares de participar no processo do cuidado.**
  Um novo elemento de mensuração requer que a instituição ofereça ou facilite uma segunda opinião, quando requerida pelo paciente.

- **AOP.5.3.1 Existe um processo para relatar resultados críticos de exames diagnósticos.**
  Este é um padrão novo, para incorporar o processo importante da segurança do paciente, relacionado à comunicação de resultados críticos de exames laboratoriais.

- **MMU.4, EM6 "A prescrição medicamentosa inicial é comparada à lista de medicamentos que o paciente vinha usando antes da internação, de acordo com o processo estabelecido pela instituição."**

  Este novo elemento de mensuração é uma etapa importante da segurança em medicamentos e é necessária para facilitar o processo de reconciliação medicamentosa para cada paciente.

- **QPS.5 A instituição usa um processo interno para validar os dados.**

  Este padrão foi reescrito para enfatizar a responsabilidade da instituição pela coleta e validação dos dados referentes à melhoria de qualidade.

- **QPS.5.1 Quando a instituição publica dados ou expõe dados em um *web site* público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade dos dados.**

  Este padrão agora afirma que, quando da publicação de dados institucionais, os líderes garantem a confiabilidade desses dados através de um processo interno de validação, ou através de uma terceira parte independente.

- **QPS.6 A instituição utiliza um processo definido para identificar e gerenciar eventos sentinela.**

  A definição de um "evento sentinela" agora inclui "rapto de criança ou criança liberada com os pais errados".

- **QPS.11 A instituição utiliza um programa contínuo de gerenciamento de risco, para identificar e reduzir eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança de pacientes e profissionais.**

  Este padrão foi expandido de forma significativa para introduzir um arcabouço abrangente de gerenciamento de risco, como ferramenta de redução de eventos adversos.

- **PCI.7.1.1 Existe uma política e procedimento em vigor, que define o processo para gerenciar suprimentos com prazo de validade vencido e as condições para reutilização de dispositivos descartáveis, quando permitido pela legislação.**

  O reuso de materiais descartáveis era um elemento de mensuração de PCI.7.1; entretanto, devido à importância da questão e à prevalência do problema, um novo padrão foi criado.

- **GLD.3.3.1 Os contratos e outros acordos são monitorados como parte do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.**

  Este padrão novo expande as exigências contidas em GLD.3.3, relacionadas à responsabilidade do líder, pela outorga e monitoramento de contratos.

- **GLD.3.3.2 Os profissionais independentes, não empregados pela instituição, têm as credenciais certas para os serviços prestados aos pacientes da instituição.**

  Este padrão novo expande significativamente as exigências para garantir que todos os prestadores independentes sejam avaliados por um processo rigoroso, tal como descrito nos padrões de SQE, relativos ao Corpo Médico.

- **GLD.6 A instituição estabelece um arcabouço para o gerenciamento de questões éticas, que garante que o cuidado ao paciente seja prestado dentro das normas empresariais, financeiras, éticas e legais e que protege os pacientes, seus direitos.**

  O elemento de mensuração 3 é novo e afirma: "Ao criar o arcabouço ético da instituição, os líderes consideram as normas nacionais e internacionais". Esta exigência teve o propósito de introduzir o conceito de normas internacionais no pensamento e debate sobre ética em todas as instituições de saúde.

Políticas e Procedimentos da Joint Commission International

Tabela de Políticas e Procedimentos

Políticas e Procedimentos

As instituições de saúde que desejarem ser acreditadas pela Joint Commission International (JCI) devem atender aos seguintes requisitos.

Geral

Requisitos Gerais de Elegibilidade para Avaliação

Qualquer instituição de saúde pode solicitar a acreditação internacional JCI desde que atenda aos seguintes requisitos:

- A instituição encontra-se atualmente em funcionamento, como prestadora de assistência à saúde no país e é licenciada (se requerido).
- A instituição assume, ou pretende assumir, a responsabilidade de melhorar a qualidade de seus cuidados e serviços.
- A instituição presta serviços abordados pelos padrões JCI.

Propósito de uma Avaliação de Acreditação

A avaliação de acreditação verifica a conformidade de uma instituição com os padrões da JCI e seus propósitos. A avaliação verifica a conformidade da instituição com base em:

- entrevistas com profissionais e pacientes, e outras informações verbais;
- observações feitas pelos avaliadores, *"in-loco",* sobre os processos de cuidado ao paciente;
- políticas, procedimentos e outros documentos fornecidos pela instituição; e
- resultados de auto-avaliações, quando parte do processo de acreditação.

O processo de avaliação "*in-loco*", da mesma forma que a auto-avaliação continuada, ajuda as instituições a identificar e corrigir problemas e a melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços. Além de avaliar a conformidade com os padrões e seus propósitos, os avaliadores dedicam tempo a fornecer educação, em apoio às atividades de melhoria de qualidade da instituição.

Escopo das Avaliações de Acreditação

O escopo da avaliação JCI inclui todas as funções de uma instituição candidata, relacionadas aos padrões, bem como todos os setores de cuidado ao paciente. Os padrões aplicáveis são selecionados pela JCI, a partir deste manual, com base no escopo dos serviços oferecidos pela instituição candidata à avaliação.

A avaliação *"in-loco"* considerará fatores culturais e/ou legais específicos que possam influenciar ou orientar as decisões referentes ao cuidado oferecido e/ou às políticas e procedimentos de uma instituição.

Resultados das Avaliações de Acreditação

O Comitê de Acreditação da JCI toma decisões de acreditação, com base nos achados da avaliação. A instituição pode receber uma das duas seguintes decisões de acreditação:

Acreditado ou Acreditação Negada. Estas decisões de acreditação são baseadas no fato de a instituição atender ou não às regras de decisão. Para uma descrição sobre as regras de decisão, por favor, consulte o Guia para Avaliação de Acreditação ou acesse as regras no site da JCI.

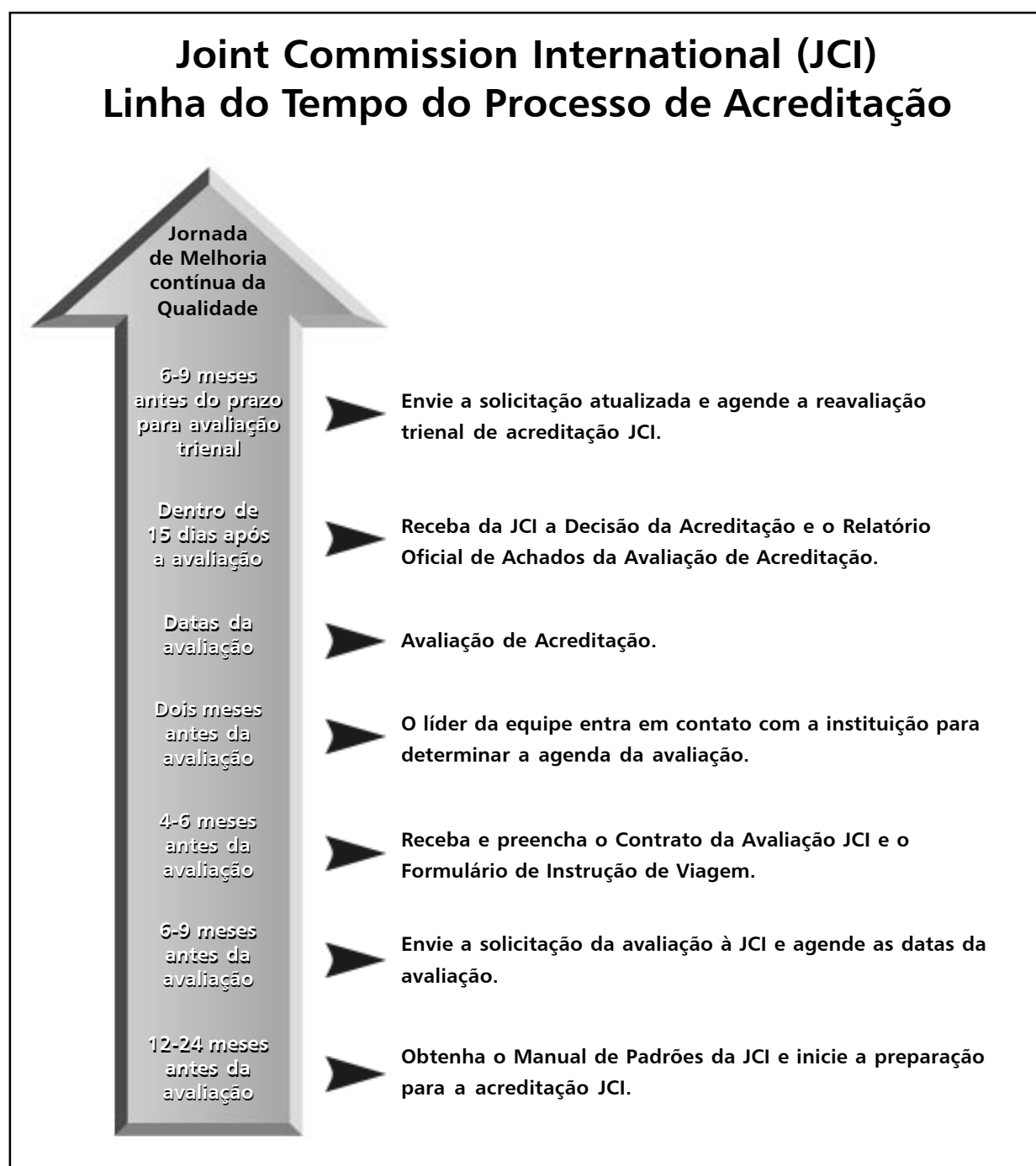
Outorga de Acreditação

Para serem acreditadas, as instituições devem demonstrar conformidade aceitável com todos os padrões e atingir uma pontuação numérica mínima nesses padrões, como identificado nas regras de decisão. As instituições acreditadas recebem um relatório final de acreditação e um certificado de outorga. O relatório indica o nível de conformidade alcançado pela instituição, em relação aos padrões JCI.

Duração da Outorga de Acreditação

Uma outorga de acreditação é válida por três anos, a menos que seja revogada pela JCI. A outorga tem efeito retroativo ao primeiro dia após a conclusão da avaliação da instituição pela JCI ou, quando é necessário acompanhamento, após o término de quaisquer avaliações focais requeridas.

Ao final do ciclo de acreditação de três anos, a instituição deve ser reavaliada para renovação de sua outorga de acreditação.

Se, durante o processo de acreditação, a instituição sofrer modificações em sua estrutura, propriedade, ou em seus serviços, ela deve notificar a JCI. A JCI determinará então a necessidade de reavaliar a instituição e/ou conferir uma nova decisão de acreditação.

Pré Avaliação

Como se Candidatar à Acreditação

Uma instituição de saúde que deseje ser acreditada inicia o processo de acreditação ao preencher e submeter uma solicitação de avaliação. Esse documento fornece informações essenciais sobre a instituição de saúde, incluindo sua propriedade, perfil demográfico e tipos e volume de serviços prestados, seja de forma direta ou por contrato com terceiros ou outros acordos. Essa solicitação de avaliação:

- descreve a instituição que busca acreditação;
- requer que a instituição forneça à JCI todos os registros oficiais e relatórios de órgãos licenciatórios, regulatórios ou outros órgãos governamentais;
- autoriza a JCI a obter quaisquer registros e relatórios sobre a instituição, que não estejam de posse da mesma; e
- quando finalizada e aceita pela JCI e pela instituição, estabelece os termos do relacionamento entre as partes.

A instituição de saúde pode fazer a solicitação em formato eletrônico, baixando o formulário de solicitação em http://www.jointcommissioninternational.org e enviando-o preenchido por fax ou e-mail para:

Joint Commission International Accreditation
Fax: +1 630.268.2996
E-mail: jciaccreditation@jcrinc.com

A instituição deve informar a JCI sobre quaisquer mudanças referentes às informações contidas no seu formulário de solicitação de avaliação, ocorridas no período entre o envio do formulário e a realização da avaliação.

Programação da Avaliação e Planejamento da Agenda da Avaliação

A JCI e a instituição escolhem a data da avaliação (ver a linha do tempo do processo de avaliação acima) e preparam juntos a agenda da avaliação, de modo a atender às necessidades da instituição e aos requisitos de uma avaliação eficiente. Com o objetivo de reduzir custos de viagens, a JCI envidará todos os esforços para coordenar o cronograma de avaliações de instituições relacionadas ou independentes em um país ou região específica.

A JCI designará, para cada instituição, um especialista em serviços de acreditação, que será o contato primário entre a instituição e a JCI. Este indivíduo coordenará o planejamento da agenda e estará disponível para a instituição, para responder quaisquer perguntas sobre políticas, procedimentos ou questões sobre acreditação.

O especialista em serviços de acreditação trabalhará com a instituição para preparar uma agenda para a avaliação, baseada no tamanho, tipo e complexidade da instituição de saúde. A agenda especifica os locais a serem visitados na instituição, os tipos de reuniões a serem realizadas, o pessoal a ser entrevistado e os documentos a serem fornecidos aos avaliadores.

Avaliadores altamente qualificados conduzirão a avaliação. A JCI fará todos os esforços para enviar avaliadores fluentes no(s) idioma(s) utilizado(s) na instituição. Se não houver disponibilidade de avaliadores JCI com esse tipo de qualificação, a JCI trabalhará com a instituição para identificar intérpretes qualificados.

Podem ocorrer circunstâncias em que a instituição ou a JCI necessite adiar ou cancelar a avaliação programada. Para mais detalhes, ver a seção "Política de Composição dos Custos da Acreditação JCI".

Precisão e Veracidade das Informações

Propósito. Para garantir uma compreensão consistente das expectativas associadas ao fornecimento de informações pelas instituições que participam do processo de acreditação da JCI e o cumprimento do prazo de resposta da instituição aos requisitos do Programa de Acreditação da JCI.

Política.

a) A instituição deve fornecer informações precisas e verdadeiras em todos os momentos do processo de acreditação. Falsificar é inventar, total ou parcialmente, qualquer informação fornecida à JCI, por uma instituição candidata ou acreditada.

b) Se a instituição falsificar informações relevantes para a acreditação, seja por cometimento ou omissão, sua outorga da acreditação estará imediatamente terminada, ou no caso de instituições que estejam se candidatando à acreditação pela primeira vez, a instituição ficará inelegível para reavaliação por um ano. Exemplos dessa

falsificação podem incluir: alterar conteúdo de documentos através de nova escrita, novo formato, ou excluir conteúdo; submeter conscientemente informações falsas; ou esconder ou remover evidências durante a avaliação.

c) Uma vez que a instituição tenha encaminhado o formulário de solicitação, o Programa de Acreditação da JCI deverá ser notificado de qualquer alteração dentro de 30 dias ou no mínimo 30 dias antes da data agendada para avaliação, se houver uma mudança na instituição que represente uma modificação do informado no formulário de solicitação.

d) No período entre as avaliações, a instituição deverá notificar o Programa de Acreditação da JCI dentro de 30 dias quando houver qualquer mudanças relativas à estrutura, controle da instituição ou nos serviços.

e) Dentre as informações que devem ser informadas ao Programa de Acreditação da JCI, estão as seguintes:
   1) Uma mudança no nome e/ou controle da instituição.
   2) Qualquer alteração da pessoa de contato que a instituição havia designado para as comunicações relativas à acreditação.
   3) Qualquer alteração de pessoal na liderança e/ou na equipe de profissionais.
   4) Um aumento ou uma diminuição significativa no volume de serviços.
   5) A inclusão ou aquisição de um novo serviço de saúde.
   6) A eliminação de um serviço de saúde existente.
   7) Uma alteração significativa nas instalações/planta física da instituição.

f) O Programa de Acreditação da JCI solicita que as instituições permitam que apenas profissionais de tempo integral e com comprometimento total com a instituição (e que não seja profissional contratado), e que melhor atenda à esta posição, sejam designados como contato principal com a JCI para todas as comunicações relativas à acreditação. Isso garante uma transferência eficiente e precisa de informações entre a JCI e a instituição.

g) A JCI irá restringir a maior parte da comunicação sobre acreditação apenas aos três contatos principais, apresentados no formulário de solicitação, a saber: o diretor executivo (ou equivalente), o coordenador de acreditação e o contato responsável pelas finanças. As solicitações a seguir se aplicarão aos indivíduos relacionados como os três contatos principais:
   1) As pessoas responsáveis pelo contato principal com o Programa de Acreditação da JCI precisam estabelecer um mecanismo de comunicação que garanta que as comunicações dirigidas a elas sejam respondidas dentro do prazo solicitado.
   2) O Programa de Acreditação da JCI não responderá às questões relativas à acreditação vindas de outros profissionais da instituição que não sejam os contatos principais, a não ser que sejam indicadas pelos mesmos.
   3) No caso de haver qualquer modificação relativa aos contatos ou pessoas responsáveis pelo programa de acreditação, é necessário que a instituição encaminhe um formulário atualizado de Informações sobre os Contatos da Instituição no prazo de 30 dias. O formulário pode ser encontrado no site da JCI e/ou em JCI Accreditation Resources Center.
   4) Na primeira semana de cada ano a instituição deve encaminhar o formulário de Informações sobre os Contatos da Instituição preenchido.

h) Se a JCI entender que a instituição não atendeu uma ou mais das exigências acima, a instituição será primeiramente contatada para discutir a situação e as solicitações. Durante a discussão, o Programa de Acreditação da JCI irá lembrar aos líderes que a falta de conformidade com a política pode colocá-los numa classificação administrativa "sob risco de ter a acreditação negada". Se a instituição continuar a não atender as solicitações, a instituição estará na categoria de "sob risco de ter a acreditação negada", e sua decisão de acreditação será analisada pele Comitê de Acreditação que determinará o resultado.

Política de Adiamento

Uma instituição pode adiar avaliações marcadas quando ocorrer uma ou mais razões aceitáveis.

Razões Aceitáveis para Adiamento

- Um desastre natural ou outro evento maior, imprevisto, que comprometa total ou substancialmente as operações.
- A instituição está envolvida em uma greve geral, suspendeu o atendimento de pacientes, e está transferindo pacientes para outras instituições.
- Os pacientes, a instituição, ou ambos, estão de mudança para outro prédio no período da avaliação.

A JCI se reserva o direito de realizar a avaliação *"in-loco"*, se a instituição continuar a atender pacientes em tais circunstâncias.

Política de Cancelamento

Uma avaliação pode ser cancelada por qualquer uma das partes, sem penalidades, em função de fatores que impossibilitem ou tornem ilegal ou fora de propósito prosseguir com a avaliação, incluindo:

- desastres naturais;
- guerras;
- terrorismo;
- regulamentos governamentais;
- calamidades;
- greves;
- distúrbios civis;
- outras emergências de natureza similar.

O cancelamento devido a qualquer uma das razões citadas acima deve ser comunicado por escrito, logo que possível. A JCI pode seguir a recomendação dos ministérios pertinentes, referentes à avaliação das circunstâncias políticas e militares para a programação de avaliações.

Política de Composição dos Custos da Acreditação JCI

Os valores da avaliação de acreditação estão baseados em vários fatores, incluindo o volume e tipo de serviços prestados pela instituição, o número de locais ou setores de cuidado incluídos na avaliação, e o número de avaliadores e dias de avaliação necessários para realizar uma verificação da conformidade com os padrões da JCI. O tempo do avaliador para preparação do relatório está incluído no cálculo dos dias de avaliação. Os custos da avaliação de validação não são cobrados da instituição. A instituição é responsável por todos os custos decorrentes de uma avaliação focal (veja abaixo).

Custos da Primeira Acreditação e da Acreditação Trienal. Para a maioria das instituições, uma avaliação de quatro dias, por uma equipe de três avaliadores, é suficiente para realizar uma verificação abrangente. Para instituições maiores ou menores, os valores serão ajustados para mais ou para menos, conforme apropriado.

Estão incluídos nos custos:

- o guia do Processo de Acreditação;
- a agenda da avaliação customizada;
- todas as informações de suporte e assistência sobre o processo de avaliação *"in-loco"* e interpretação dos padrões;
- uma equipe de avaliadores com experiência internacional, consistindo de um ou mais dos seguintes profissionais:
  - o médico;
  - o enfermeiro;
  - o administrador; e
  - o um profissional com experiência nas áreas específicas, como laboratório, técnicos em emergência em transporte médico ou outros;
- todos os relatórios preliminares e finais; e
- um certificado de acreditação.

Custos da Avaliação Focal. Avaliações focais são realizadas quando a JCI toma conhecimento de questões potencialmente graves relativas à não-conformidade com os padrões, cuidados ou à segurança do paciente, ou quando tem outras razões válidas para avaliar uma instituição acreditada. A avaliação focal analisa apenas os padrões e/ou requisitos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente – IPSG em não-conformidade à época da avaliação ou mencionadas em um relatório de incidente. Na maioria dos casos, é realizada uma avaliação focal de um dia de duração, por um único avaliador. Entretanto, a JCI se reserva o direito de designar mais de um avaliador ou programar uma avaliação de mais de um dia, quando indicado pelo número de padrões a serem avaliados, ou o tipo de atividades da avaliação.

Custos de Adiamento. Em raras circunstâncias, a JCI pode, ao seu juízo, aprovar uma solicitação de adiamento de uma avaliação de uma instituição que não atenda a nenhum dos critérios aqui descritos (ver Políticas de Cancelamento). Em situações desse tipo, poderá ser cobrada da instituição uma taxa de reembolso dos custos.

Cancelamento.

Cancelamento por Iniciativa da Instituição. Se a instituição solicitar cancelamento a trinta (30) dias ou menos do primeiro dia da avaliação, por quaisquer razões que não as anteriormente mencionadas (*ver* "Política de Cancelamento" na página 14), a JCI poderá requerer o pagamento de metade do valor da avaliação, para cobrir os custos assumidos.

Cancelamentos por Iniciativa da JCI. No caso de a JCI cancelar a avaliação por qualquer razão ou razões que não as anteriormente mencionadas, não será cobrado nenhum valor da instituição.

Custos de Viagem Relacionados à Avaliação de Acreditação ou Avaliação Focal. Além dos valores cobrados pela avaliação, a instituição é responsável pelo pagamento de todas as despesas de viagem dos avaliadores. Isto inclui despesas de transporte (avião, trem e carro) e hospedagem, incluindo um valor diário predeterminado para refeições e eventuais despesas. Este valor não ultrapassará as taxas vigentes publicadas pelo Departamento de Estado dos Estados Unidos para viagens internacionais.

Programação de Pagamento da Avaliação. O pagamento da avaliação pode ser feito através de uma das seguintes alternativas. As instituições podem fazer sua escolha selecionando a opção desejada, na ultima página do contrato.

Opção I. A instituição receberá uma fatura referente ao total (100%) do valor estabelecido para a avaliação (em dólares americanos) pelo menos 45 dias antes da data de início da avaliação. O pagamento deverá ser efetuado por transferência bancária, no máximo 21 dias da data de início da avaliação. Ao final da avaliação, se a instituição alcançar a acreditação, o certificado será imediatamente enviado à instituição, juntamente com o Relatório Oficial de Achados da Avaliação. No prazo de 30 dias, a instituição receberá a cobrança das despesas relacionadas à viagem do (s) avaliador (es) e deverá efetuar o pagamento ao receber a fatura.

Ao escolher a opção I, a expectativa da JCI é de que a instituição efetue o pagamento da fatura referente às despesas do(s) avaliador (es) pontualmente. Caso contrário, a JCI recomendará ao Comitê de Acreditação que recolha o certificado de acreditação e suspenda a acreditação da instituição.

OU:

Opção II. A avaliação será paga através de duas faturas e uma terceira fatura, referente às despesas do (s) avaliador (es), será enviada à instituição.

a) Ao escolher esta opção, a instituição receberá uma fatura relativa à primeira metade do pagamento pela avaliação. Esta fatura será cobrada 45 dias antes da avaliação, e a expectativa é de que o pagamento seja efetuado 21 dias antes da data de inicio da avaliação. O pagamento desta primeira metade deverá ser recebido pelo Departamento de Finanças da JCI pelo menos três semanas antes da data de início da avaliação. Caso contrário, a JCI se reserva o direito de remarcar a avaliação para outra data disponível.

b) Ao final da avaliação, a segunda fatura, correspondente aos 50% remanescentes do valor total estabelecido para a avaliação será enviada para a instituição. Além disso, 30 dias após, será enviada uma fatura referente às despesas do (s) avaliador (es). Tanto o pagamento da avaliação quanto das despesas do (s) avaliador (es) deverão ser efetuados no recebimento da fatura. Uma vez tomada a decisão de acreditação e recebidos todos os devidos pagamentos, a JCI enviará para a instituição o Relatório Oficial de Achados da Avaliação e o certificado de acreditação.

Observação: É importante manter os pagamentos em dia, porque de acordo com a política JCI, o pagamento por cada etapa de trabalho deve ser quitado antes de uma nova etapa ter início. Um atraso de pagamento da primeira metade do valor total estabelecido para a avaliação poderá resultar em um maior custo para a instituição, relativo aos custos de viagem, que tendem a aumentar quando a emissão do bilhete aéreo se faz em data muito próxima à da viagem.

O pagamento total do valor da fatura deve ser efetuado logo após o seu recebimento. Depois de 30 dias, poderão incorrer multas sobre o valor da mesma.

Processo de Avaliação "*in-loco*"

Informações Gerais

(Para obter informações mais detalhadas, veja o Guia de Preparação da Avaliação)

Os avaliadores visitarão a instituição durante as datas estabelecidas e de acordo com a agenda programada. Os avaliadores poderão pedir para entrevistar qualquer profissional durante a avaliação, pedir para visitar qualquer outra unidade ou área da instituição que não conste na agenda, ou solicitar informações adicionais. A instituição deverá cooperar com os avaliadores para fornecer informações precisas sobre a instituição e sua conformidade com os padrões. Atrasos em fornecer as informações solicitadas serão considerados como não cooperação, o que poderá resultar no término prematuro do processo de acreditação.

A metodologia do rastreador é a base da avaliação *"in-loco"* da JCI. (para maiores informações, ver o Guia do Processo da Avaliação). A metodologia do rastreador:

- Incorpora o uso das informações fornecidas na solicitação da avaliação de acreditação;
- Segue a experiência de cuidado vivenciada por um determinado número de pacientes ao longo de todo o processo de cuidado na instituição;
- Permite ao avaliador identificar questões relacionadas ao desempenho em uma ou mais etapas do processo de cuidado ao paciente, ou nas interfaces entre os processos.

Os avaliadores irão se reunir com os diretores e outros líderes da instituição, em uma reunião de liderança, no último dia da avaliação. Durante esta reunião, os avaliadores irão fornecer informações preliminares sobre os seus achados. Estas informações são estritamente preliminares e não deverão ser consideradas finais até que a revisão por parte do Escritório Central da JCI esteja terminada.

Se, durante a avaliação, os avaliadores identificarem quaisquer condições que eles entendam como grave ameaça ao público ou à segurança do paciente, eles informarão ao Programa de Acreditação da JCI. A JCI irá decidir se irá expedir uma decisão de Acreditação Negada e informar as autoridades públicas.

Observação do Processo de Avaliação "*in-loco*"

Os gerentes e supervisores da JCI poderão observar a avaliação de acreditação. Tanto a instituição quanto a JCI poderão solicitar que um ou mais indivíduos observem o processo da avaliação. A parte solicitante deve obter o consentimento expresso por escrito da outra parte para facilitar a observação. Este consentimento por escrito deve ser obtido no mínimo cinco dias antes da avaliação. Os observadores, incluindo consultores e assessores contratados pela instituição e profissionais de outra instituição, não terão um papel interativo no processo da avaliação. Como tal, eles não participarão de discussões, entrevistas, ou outras atividades conduzidas durante a avaliação. Os custos associados à observação ficarão a cargo da parte solicitante.

Treinamento do Avaliador durante o Processo de Avaliação "*in-loco*"

A JCI se reserva o direito de designar um ou mais avaliadores em treinamento para acompanhar a equipe de avaliadores.

Esses indivíduos poderão participar do processo de avaliação sob supervisão direta e orientação da equipe de avaliadores. Todos os custos associados a esta atividade de treinamento ficarão a cargo da JCI.

Política de Avaliação Focal da JCI

Propósito. A avaliação focal é uma avaliação "*in-loco*", limitada em seu escopo, conteúdo e duração e é realizada para reunir informações sobre uma ou mais questões específicas, ou limita-se a um certo número de padrões e elementos de mensuração.

Política. A JCI pode realizar uma avaliação focal

- Para dar continuidade a uma avaliação completa (inicial/trienal),
- Quando tomar conhecimento de questões potencialmente graves de não conformidade com os padrões ou relativas ao cuidado ou segurança do paciente,

- Quando tiver outros motivos válidos para avaliar uma instituição acreditada/certificada, ou
- Quando atribuir uma classificação administrativa de "*Em risco de acreditação negada*" a uma instituição. (ver Política "*Em risco de acreditação negada*" na página 20).

Na maioria dos casos, é realizada uma avaliação focal de um dia de duração, por um único avaliador. Entretanto, a JCI se reserva o direito de designar mais de um avaliador ou programar uma avaliação de mais de um dia, quando indicado pelo número de padrões a serem avaliados, ou pela diversidade de atividades da avaliação.

A instituição será cobrada pela avaliação focal, seja qual for o resultado. A instituição pode saber o custo de tal avaliação entrando em contato com o Programa de Acreditação da JCI.

Existem dois tipos de Avaliação Focal: avaliações focais de acompanhamento e avaliações focais motivadas. As razões específicas para cada uma delas são:

Avaliações Focais de Acompanhamento. A necessidade de observação, por parte do avaliador, de entrevistas com profissionais ou com pacientes ou inspeções das instalações para confirmar que as medidas adotadas pela instituição foram suficientes para atingir conformidade aceitável com quaisquer padrões da JCI e/ou com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, pontuados como "não conformes" ou "parcialmente conformes" no momento da avaliação inicial ou trienal.

Avaliações Focais Motivadas. O recebimento de informações relativas à ocorrência de qualquer evento ou série de eventos em uma instituição acreditada/certificada que crie uma das seguintes situações:

- Preocupação com uma ameaça contínua e/ou imediata à saúde e à segurança do paciente/público/profissionais na instituição;
- Confirmação/investigação de condições aplicáveis que resultaram na classificação da instituição como "*Em risco de acreditação negada*" e não foram abordadas por uma avaliação focal de acompanhamento ou pela Política da JCI de Ameaça à Segurança e à Saúde.

Procedimento. Os procedimentos para avaliações focais de acompanhamento e motivadas são os seguintes:

1. A JCI notificará o diretor da instituição dez dias após o encerramento de uma avaliação completa inicial ou trienal sobre a necessidade de uma **avaliação de acompanhamento** para reavaliar todos os elementos de mensuração pontuados como "não conforme" ou "parcialmente conforme". Essa avaliação de acompanhamento será realizada dentro de 90 dias após o Relatório Oficial de Achados da Avaliação ser enviado para a instituição. A composição da equipe de avaliação será determinada pelo escritório de acreditação com base no número e no tipo de achados e no número de elementos de mensuração a serem reavaliados.
2. A JCI notificará o diretor da instituição sobre a necessidade de se conduzir uma **avaliação focal motivada** dentro de 45 dias, quando a instituição tiver sido classificada como "*Em risco de acreditação negada*". O Diretor Sênior Executivo de Acreditação e Padrões, em conjunto com o Diretor Executivo do Programa de Acreditação e diretores adjuntos avaliarão as informações pertinentes relativas à instituição e farão recomendações ao Presidente Diretor Executivo da JCI e do ou presidente do Comitê de Acreditação, quanto às ações apropriadas para as instituições "em risco".
3. A recomendação ao Presidente Diretor Executivo da JCI e pelo Diretor Sênior Executivo de Acreditação e Padrões e pelo Diretor Executivo do Programa de Acreditação para determinar a realização de uma avaliação focal motivada pode incluir a recomendação de que a mesma ocorra sem aviso prévio, quando uma ou mais das seguintes condições forem observadas,
   - o risco à saúde e à segurança dos pacientes, ao público e aos profissionais for contínuo, imediato e significativo,
   - a situação de risco é mais bem avaliada sem que haja um planejamento/procedimentos por parte da instituição,
   - os líderes seniores da instituição não precisam estar presentes para a avaliação apropriada dos riscos,
   - a instituição tem o potencial para orquestrar situações e condições que dificultem ou impossibilitem uma análise de risco completa, e/ou
   - os avaliadores da JCI estão na região ou área da instituição e não há necessidade de vistos para viagens ou outras barreiras administrativas.
4. Quando uma instituição for considerada como "*Em risco*" devido a uma ameaça potencial à saúde e à segurança, o "Protocolo da JCI de Ameaça à Saúde e Segurança" é posto em ação imediatamente.
5. Ao término da avaliação focal motivada, o Diretor Sênior Executivo de Acreditação e Padrões, o Diretor Executivo do Programa de Acreditação e os diretores adjuntos analisarão as informações pertinentes e outros

achados e farão recomendações ao Presidente Diretor Executivo da JCI, e ao Comitê de Acreditação da JCI, conforme apropriado, se a acreditação inicial deve ser outorgada ou negada à instituição, ou se a condição atual de acreditação da instituição deve ser mantida ou revogada.

6. O Comitê de Acreditação irá rever os relatórios da avaliação focal de acompanhamento nas seguintes situações:
   - O Comitê irá rever todos os relatórios das instituições que não conseguirem atender as regras de decisão, e a recomendação da equipe para "Acreditação Negada", incluindo avaliação focal conduzida como avaliação de acompanhamento, avaliação motivada ou avaliação de extensão.
   - O Comitê irá rever os relatórios de qualquer instituição que a equipe acredite ter questões de conformidade fora do comum, incluindo o fato de a instituição ter sido classificada como "*Em risco de acreditação negada*".
   - O Comitê revê o relatório de qualquer instituição que conteste ou discuta os achados contidos no Relatório Final de Achados da Avaliação. A apelação das decisões de acreditação seguirá a política aprovada, a Política de Apelação da Decisão de Acreditação (ver página 21).
7. O Comitê de Acreditação da JCI levará em consideração a recomendação da equipe da JCI em sua próxima reunião agendada e tomará a decisão final de acreditação.
8. A instituição é notificada sobre a decisão de acreditação dentro de 60 dias após o término da avaliação focal e de 10 dias após a ação do Comitê de Acreditação. A equipe tomará as devidas ações complementares apropriadas.

Avaliação de Extensão

Política. A JCI poderá realizar uma avaliação de extensão quando ocorrer uma das seguintes situações:

- Mudança de controle da instituição.
- Ocorrência de alteração significativa nas instalações/planta física; ou no caso de a instituição passar a oferecer no mínimo 25% de seus serviços em um novo local ou planta física significativamente alterada.
- Aumento ou redução significativa no volume de serviços.
- Expansão da capacidade para oferecer serviços em 25% ou mais, sendo esta capacidade medida através do volume de pacientes ou outras medidas relevantes.
- A inclusão de um novo tipo de serviço de saúde.
- A eliminação de um serviço de saúde já existente.
- A instituição fundir-se, associar-se ou adquirir uma unidade, serviço ou programa não acreditado para os quais existam padrões aplicáveis da JCI.

Procedimento. A instituição deverá informar a JCI sobre quaisquer mudanças significativas ocorridas entre as avaliações, como requerido pela política da JCI sobre Ocorrências a Serem Notificadas Entre as Avaliações (*ver* página 23). As informações encaminhadas serão avaliadas pelo Escritório Central da JCI, para determinar se será necessária uma avaliação de acreditação completa ou focal, para avaliar as mudanças descritas pela instituição.

Avaliação de Validação

Propósito. O propósito da avaliação de validação é avaliar a efetividade do processo de avaliação JCI em verificar a conformidade com padrões internacionais em instituições de saúde, como parte de seus esforços internos de melhoria de qualidade. Os hospitais voluntários para uma avaliação de validação não terão que efetuar nenhum pagamento por isso.

Processo. As instituições que alcançarem a acreditação JCI serão convidadas, na qualidade de voluntárias, para uma avaliação de validação, imediatamente após a avaliação inicial ou trienal. As avaliações de validação serão realizadas no prazo de 60-180 dias após as avaliações iniciais ou reavaliações trienais. A duração e os componentes da avaliação reproduzirão o processo mais recente de avaliação inicial ou trienal da instituição. Os avaliadores designados para realizar a avaliação de validação não receberão quaisquer informações sobre os resultados da avaliação trienal mais recente da instituição e será requisitado à instituição a, de forma nenhuma, compartilhar essas informações com eles.

A decisão de acreditação da instituição participante não será afetada pelos achados de uma avaliação de validação, de acordo com as regras de decisão aplicáveis à avaliação inicial ou reavaliação trienal. Entretanto, se durante a avaliação for identificada alguma condição que represente grave ameaça à saúde ou à segurança do paciente ou da

população, o Programa de Acreditação da JCI será avisado e o protocolo da JCI para ameaça à saúde e segurança será posto em prática. No final da avaliação, os avaliadores comunicarão verbalmente suas observações à liderança da instituição. Não será deixado qualquer relatório escrito.

As instituições voluntárias para avaliação de validação serão solicitadas a não divulgar os resultados dessa avaliação a qualquer pessoa ou instituição que não a sua. Da mesma forma, a JCI não divulgará essas informações ao público. As instituições voluntárias à avaliação de validação não terão que arcar com nenhum custo.

Política para Situações de Ameaça à Saúde e à Segurança

Propósito. Oferecer aos avaliadores da JCI um processo através do qual eles possam responder a uma situação percebida como ameaça grave para a população, ou para a saúde ou segurança do paciente dentro da instituição que eles estão avaliando.

Política. O Programa de Acreditação da JCI pode considerar relevantes para o objetivo da acreditação, os achados do avaliador, uma reclamação ou outras informações recebidas pela JCI, para decidir se algum aspecto da operação da instituição pode resultar ou está propenso a causar lesões ou danos graves, deficiências ou morte a um paciente, profissional ou outras pessoas, e para o qual haja necessidade de uma ação imediata.

Responsabilidades. Os avaliadores da JCI têm a responsabilidade de relatar todas as situações em que eles percebam potencial de lesões ou danos graves, deficiência, ou morte a um paciente, profissional, ou outras pessoas na instituição que está sendo avaliada.

Procedimento. Os procedimentos para as situações de ameaça à saúde e segurança são os seguintes:

1. O avaliador irá notificar o Programa de Acreditação da JCI imediatamente se alguma condição for identificada e entendida como grave ameaça à saúde ou segurança do paciente ou da população.
2. O diretor executivo do Programa de Acreditação JCI poderá solicitar que o avaliador líder da avaliação em curso coordene uma teleconferência entre o Programa de Acreditação e a instituição, para discutir os achados com a alta liderança.
3. A avaliação deverá continuar, e os achados subseqüentes relatados imediatamente ao Programa de Acreditação.
4. O diretor executivo sênior de acreditação e padrões da JCI fará uma recomendação ao presidente e diretor executivo da JCI, sobre se o estado de ameaça a saúde ou segurança deverá ser declarado.
5. O presidente e diretor executivo ou o coordenador do Comitê de Acreditação, caso o presidente não esteja disponível, após consultar o diretor executivo sênior de acreditação e padrões, poderá publicar uma decisão de que o *status* de acreditação existente não está mais em vigor até a análise subseqüente pelo Comitê de Acreditação da JCI.
6. O presidente e diretor executivo, ou o coordenador do Comitê de Acreditação, poderá então expedir uma decisão de Acreditação Negada.
7. O diretor executivo sênior de acreditação e padrões informa imediatamente ao diretor da instituição (e as devidas autoridades governamentais, se aplicável) essa decisão e os achados que levaram à mesma.
8. O Comitê de Acreditação da JCI confirma ou anula a decisão na reunião seguinte, ou uma reunião especial pode ser convocada através de uma solicitação do presidente e diretor executivo ou do diretor executivo sênior de acreditação e padrões, com base no nível da ameaça à saúde ou segurança. O Comitê de Acreditação da JCI irá levar em consideração a informação recebida pela instituição acreditada e, então, decidirá se irá negar imediatamente a acreditação ou tomará qualquer ação que considere apropriada. O Comitê de Acreditação levará em consideração as ações corretivas ou respostas da instituição para uma situação de grave ameaça. A instituição pode fornecer informação para demonstrar que a situação de ameaça à saúde e segurança foi corrigida antes que o Comitê de Acreditação considere a decisão de Acreditação Negada.

Nessas situações, a ação corretiva é considerada quando se trata de uma única questão levando a um achado adverso e a instituição demonstra que:

- Tomou uma ação imediata para solucionar completamente a situação;
- Preparou uma análise de causa raiz meticulosa e digna de credibilidade;
- Adotou mudanças no sistema para prevenir futuras recorrências do problema; e
- A implantação de cada ação corretiva acima citada foi verificada através de uma avaliação focal agendada para este fim.

Confidencialidade

A JCI mantém como confidenciais as seguintes informações recebidas ou desenvolvidas durante o processo de acreditação:

- O Relatório Oficial de Achados da Acreditação, a não ser que a instituição deseje utilizar sua acreditação para atender a exigências governamentais (para licenciamento, por exemplo). A JCI liberará informações adicionais, inclusive o Relatório Oficial de Achados da Acreditação, para o órgão pertinente, com autorização da instituição acreditada.
- Informações obtidas da instituição antes, durante, ou após a avaliação de acreditação, que são utilizadas para determinar conformidade com determinados padrões de acreditação.
- Uma análise de causa raiz ou plano de ação da instituição, preparados em resposta a um evento sentinela ou em resposta a outras circunstâncias especificadas pela JCI.
- Qualquer outro material que possa contribuir para a decisão de acreditação (por exemplo, anotações dos avaliadores).
- Análises escritas dos profissionais, atas e agenda do Comitê de Acreditação.
- A identidade de qualquer indivíduo que poste uma queixa sobre uma instituição acreditada, a não ser que a JCI tenha uma permissão expressa por parte do relator, ou que seja requerido por lei.

A JCI irá fornecer ao público:

- O status de acreditação da instituição, ou seja, se a instituição foi acreditada ou se teve a acreditação negada; ou se a acreditação foi retirada pela JCI; e mediante solicitação,
- O número de queixas que a instituição teve, segundo os critérios de análise da JCI.
- O status de uma instituição, indicada no site da JCI como Acreditada (e a data) ou de Acreditação Retirada (e a data). O status de Acreditação Retirada ficará publicado no site da JCI por um ano.

A JCI irá fornecer ao indivíduo que apresentou uma queixa acolhida pela JCI para análise, segundo critérios definidos:

- Os padrões aplicáveis analisados;
- Quaisquer padrões para os quais tenham sido emitidas recomendações de melhoria como resultado da análise; e quando aplicável,
- Qualquer alteração no status de acreditação da instituição.

A instituição acreditada pode divulgar informação mais detalhada incluindo o Relatório Oficial de Achados da Acreditação, para quem desejar. Entretanto, quando uma instituição divulga informações imprecisas sobre sua acreditação, a JCI se reserva o direito de esclarecer informações que do contrário seriam consideradas confidenciais.

Política para Situações de Risco de Acreditação Negada

Propósito. A política permite que a equipe do Programa de Acreditação da JCI identifique condições específicas que, se presentes em uma instituição acreditada, podem demonstrar de forma individual ou conjunta, a necessidade de uma vistoria adicional para garantir que o programa de qualidade e segurança do paciente não esteja comprometido.

Política. "*Em Risco de Acreditação Negada*" é uma classificação administrativa que resulta quando os profissionais do Programa de Acreditação da JCI identificam uma ou mais das seguintes condições:

1. Existe uma ameaça imediata à segurança do paciente, à saúde pública ou à segurança dos profissionais na instituição.
2. Um indivíduo que não possua licença, registro ou certificação esteja prestando ou tenha prestado serviços de saúde na instituição que, sob as leis ou regulamentos aplicáveis, exijam tais licenças, registros ou certificações, colocando os pacientes da instituição em risco de um efeito adverso grave.
3. A JCI está razoavelmente convencida de que a instituição apresentou documentos falsificados ou informações adulteradas na busca pela obtenção ou manutenção da acreditação, conforme requerido pela Política de Precisão e Veracidade das Informações.
4. O número de padrões em não conformidade (não conforme e parcialmente conforme) no momento da avaliação está acima da média (um desvio de três ou mais padrões) para instituições avaliadas no mesmo programa durante o período de 24 meses anteriores.

5. A instituição não possui licença, certificado e/ou permissão, conforme exigido por leis e regulamentos aplicáveis, para prestar serviços de saúde para os quais a instituição está buscando a acreditação.
6. A instituição não atendeu a política de acreditação para "Ocorrências a serem notificadas entre as avaliações" (ver página 23).
7. A instituição não apresentou um Plano Estratégico de Melhoria (SIP) aceitável dentro de 120 dias após a avaliação.

Responsabilidades. Os profissionais do Programa de Acreditação da JCI e os avaliadores podem identificar as condições durante uma avaliação "*in-loco*", na revisão de um relatório da avaliação ou na atividade de acompanhamento pós-avaliação, assim como através de uma queixa apresentada contra a instituição. Os avaliadores irão confirmar/ investigar as condições aplicáveis durante a avaliação de acreditação ou como parte de uma avaliação focal. As recomendações da equipe do Programa de Acreditação da JCI serão analisadas pelo Comitê de Acreditação.

Procedimento. Quando uma ou mais das sete condições listadas acima é identificada, a equipe do Programa de Acreditação da JCI notifica o diretor executivo sênior de acreditação e padrões, e/ou o diretor executivo do Programa de Acreditação da JCI, para que a situação seja analisada. Com base no resultado da análise, e dependendo do risco identificado, o presidente e diretor executivo da JCI poderá ser notificado.

Uma decisão sobre os próximos passos será tomada, como por exemplo, solicitar à instituição que esclareça a informação, agendar uma avaliação focal de acompanhamento/motivada, ou outra atividade apropriada.

Quando os avaliadores entendem que a condição foi fundamentada e não resolvida, será recomendado ao Comitê de Acreditação que a acreditação seja negada. A instituição tem o direito de apelar desta decisão, conforme descrito na Política de Apelação da Decisão de Acreditação (ver abaixo, nesta mesma página).

Pós Avaliação

Revisão do Relatório Oficial de Achados da Avaliação de Acreditação

A instituição tem 7 dias, a partir do recebimento do Relatório Oficial de Achados da Acreditação, para requerer, por escrito ou através de correio eletrônico, a revisão do relatório quanto aos achados da avaliação. Esta solicitação de revisão deve ser acompanhada de dados e informações adequadas que o sustentem. O Comitê de Acreditação da JCI apreciará esta solicitação de revisão e tomará a decisão final.

Decisão de Acreditação (Regras de Decisão)

O Comitê de Acreditação da JCI toma decisões de acreditação com base nos achados da avaliação. A instituição pode receber uma das seguintes decisões de acreditação.

Acreditada ou Acreditação Negada. Estas decisões de acreditação têm como base se a instituição atendeu ou não às regras de decisão. Para uma descrição das regras de decisão, por favor, veja o Guia do Processo de Avaliação ou procure as regras no site da JCI.

Política de Apelação das Decisões Quando uma Acreditação é Negada ou Retirada

Se, com base na avaliação completa, focal, ou outra atividade de avaliação, ou situação de ameaça à vida, for tomada a decisão de negar ou retirar a acreditação, a instituição tem 20 dias corridos, a partir do recebimento do Relatório Oficial de Achados da Acreditação ou da notícia de retirada da acreditação, para manifestar por escrito e/ou por correio eletrônico sua intenção de apelar da decisão à JCI.

A instituição tem então mais 60 dias para submeter à JCI, por escrito ou por correio eletrônico, informações e dados adequados que sustentem sua apelação. Se, após a análise de todo o material recebido pela JCI, a decisão de negar ou retirar a acreditação for mantida, a instituição pode, às suas custas, apresentar-se perante o Comitê de Acreditação da JCI, para sustentar sua apelação. A seguir é apresentado um esboço do procedimento para revisão e apelação.

Notificação à Instituição sobre Áreas de Não-conformidade com os Padrões JCI ou Condições que Constituam Ameaça à Vida.

Se os profissionais do Escritório Central da JCI, com base nos achados e documentos da avaliação e em quaisquer outros materiais ou informações pertinentes, de qualquer fonte, e ainda de acordo com as regras de decisão aprovadas

pelo Comitê de Acreditação JCI, decidir recomendar ao Comitê que a instituição tenha sua acreditação negada ou retirada, esses profissionais farão um sumário com seus achados e sua determinação. A instituição poderá então fazer o seguinte:

a) Aceitar os achados e a determinação; ou
b) Submeter à JCI evidências de sua conformidade com os padrões JCI mencionados durante a avaliação, que não estejam refletidas no Relatório Oficial de Achados da Acreditação, juntamente com uma explicação do motivo pelo qual essas informações não estavam disponíveis à época da avaliação; ou
c) Submeter à JCI evidências relacionadas aos achados referentes a uma situação de ameaça à vida.

Análise da Resposta da Instituição. A JCI analisará a solicitação e, de acordo com as regras de decisão aprovadas pelo Comitê de Acreditação da JCI, fará o seguinte:

a) Recomendará ao Comitê de Acreditação da JCI que a instituição seja acreditada; ou
b) Recomendará que seja negada a acreditação à instituição.

Ação do Comitê de Acreditação da JCI. O Comitê de Acreditação da JCI pode tomar uma das seguintes decisões:

a) Acreditar a instituição;
b) Negar a acreditação à instituição;
c) Protelar a decisão até que informações adicionais, pertinentes ao *status* de conformidade ou à situação de ameaça à vida, sejam obtidas e analisadas pelos profissionais do Programa de Acreditação da JCI; ou
d) Requerer uma reavaliação ou avaliação focal da instituição e uma análise dos resultados no grau que o Programa de Acreditação da JCI julgar apropriado.

Se a instituição resolver se retirar do processo de acreditação após o término da avaliação, o Comitê de Acreditação da JCI tomará sua decisão com base nos achados da avaliação completa de acreditação e no acompanhamento realizado, e conferirá a decisão à instituição.

Informações Sobre o *Status* de Acreditação, Disponíveis para o Público

A JCI tem o compromisso de tornar públicas informações relevantes e exatas sobre as instituições avaliadas. Informações sobre o desempenho de uma instituição não apenas ajudam os prestadores a melhorar seus serviços, mas também auxiliam na educação dos usuários da instituição. Tais informações podem ainda ajudar os pacientes e financiadores a tomarem decisões informadas em relação à seleção da instituição de saúde e dos prestadores de cuidados de saúde.

Ao mesmo tempo, é importante manter a confidencialidade de determinadas informações para estimular a honestidade no processo de acreditação. Essa honestidade facilita a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para o benefício da população. Favor dirigir-se à seção sobre confidencialidade para informações específicas sobre esta questão.

Exposição e Utilização da Outorga de Acreditação

A JCI fornece a cada instituição um certificado de acreditação, à época da acreditação inicial, e nas renovações subseqüentes. O certificado não é cobrado. Cópias adicionais do certificado podem ser adquiridas com a JCI. O certificado e suas cópias continuam a ser propriedade da JCI e devem ser devolvidos se:

- for emitido um novo certificado para a instituição que reflita uma alteração no nome; ou
- a acreditação for retirada ou negada por qualquer razão.

A instituição acreditada pela JCI deve informar para o público, de maneira precisa, a natureza e o significado da outorga da acreditação. Portanto, a instituição não deve apresentar de forma imprecisa seu *status* de acreditação nem as unidades ou serviços aos quais a outorga se aplica. A JCI fornecerá a cada instituição acreditada as diretrizes apropriadas para anunciar a outorga da acreditação.

Manutenção da Acreditação

A JCI continuará a monitorar as instituições acreditadas e programas certificados, em relação à sua conformidade com todas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os padrões da JCI pertinentes, de forma regular ao longo do ciclo de 3 anos de acreditação.

Ocorrências a Serem Notificadas Entre as Avaliações

Propósito. Para promover uma comunicação contínua durante o ciclo de três anos entres as instituições e o Programa de Acreditação da JCI e garantir que a instituição continue a atender aos requisitos da acreditação após ter sido acreditada.

Política. A acreditação não é automaticamente transferida, nem mantida, se ocorrerem alterações significativas na instituição. Tais alterações podem requerer uma avaliação de acreditação focal ou completa se o programa tiver:

- instituído um novo serviço ou programa, para os quais existam padrões JCI; incluindo quaisquer adições ou eliminações de tipos de serviços de saúde;
- alterado o nome da instituição/programa e/ou seu controle e exista um número significativo de mudanças no corpo administrativo e no corpo clínico ou nas políticas e procedimentos operacionais;
- trocado a pessoa de contato, designada pela instituição, para todas as comunicações relacionadas à acreditação;
- alterado a liderança e/ou quaisquer profissionais indicados como contatos principais da JCI;
- oferecido no mínimo 25% de seus serviços em um novo local ou em um ambiente físico significativamente alterado;
- expandido sua capacidade de fornecer serviços, ou a utilização de seus serviços em 25% ou mais, medido pelo número de leitos, número de consultas, equipamentos ou outras medidas relevantes;
- reduzido significativamente sua capacidade de prestar serviços, ou o uso de seus serviços, em 25% ou mais, medido pelo número de leitos, número de consultas, equipamentos ou outras medidas relevantes;
- desenvolvido um serviço de nível mais intensivo (por exemplo, de reabilitação cardíaca em regime de atendimento externo para diagnóstico cardiológico invasivo em paciente internado); ou
- fundido com, incorporado, ou adquirido um programa, serviço ou unidade não acreditada, para o qual existam padrões JCI aplicáveis.
- uma agencia reguladora local, regional ou nacional, ou um órgão de licenciamento conduziu uma investigação ou inspeção que resultou em recomendações para melhorias ou um resultado adverso que gerou uma mudança imediata na instituição (por exemplo, mandato para fechamento de parte ou toda a instituição ou departamento (s), programa (s), ou serviço (s) que proíbe a instituição de prestar cuidado a pacientes); e/ou
- a licença, o registro, ou certificação de um médico para atuar na prática médica, e prestar cuidado aos pacientes da instituição foi revogada, cancelada, retirada ou limitada por uma autoridade legal/regulatória ou pela instituição, e este médico continua a prestar cuidado na instituição.

Quando ocorrer qualquer dessas mudanças, a instituição deve notificar a JCI, por escrito, em prazo não superior a 30 dias da ocorrência da alteração. A não notificação dessas alterações à JCI no prazo estabelecido poderá incorrer na classificação da JCI na categoria "Em Risco de Acreditação Negada", conforme especificado na política.

Responsabilidades. O Departamento de Padrões da JCI irá garantir que a política seja publicada em todos os manuais de acreditação. A política está localizada no início do manual no capítulo de políticas e procedimentos de Acreditação da JCI.

Política da JCI para Evento Sentinela

Eventos Sentinela. Para dar suporte à sua missão de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados na comunidade internacional, a JCI analisa as atividades da instituição, em relação aos eventos sentinela, em seu processo de acreditação. Isto inclui todas as avaliações iniciais, avaliações de acreditação trienais e, conforme o caso, avaliações focais. As seguintes considerações se aplicam:

- Evento sentinela é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente.

- Um evento sentinela pode ocorrer devido à cirurgia com procedimento errado, local de intervenção errado ou paciente errado.
- Tais eventos são chamados "sentinela" porque sinalizam uma necessidade imediata de investigação e resposta.
- Os termos "evento sentinela" e "erro médico" não são sinônimos; nem todos os eventos sentinela decorrem de erro e nem todos os erros resultam em eventos sentinela.

Objetivos da Política para Evento Sentinela. A política tem quatro objetivos:

1. Ter um impacto positivo na melhoria do cuidado, tratamento e serviços prestados ao paciente e na prevenção de eventos sentinela.
2. Focalizar a atenção da instituição que vivenciou um evento sentinela na identificação das causas subjacentes ao evento e na mudança dos sistemas e processos para reduzir a probabilidade de tal evento no futuro.
3. Aumentar o conhecimento geral sobre eventos sentinela, suas causas e estratégias de prevenção.
4. Manter a confiança do público e das instituições acreditadas internacionalmente no processo de acreditação.

Padrões Relacionados a Eventos Sentinela. Os padrões relativos à qualidade e segurança, nesta publicação, contêm requisitos relacionados especificamente ao gerenciamento de eventos sentinela.

Definição de Evento Sentinela. Os padrões relativos à qualidade e segurança nesta publicação, exigem que cada instituição acreditada estabeleça quais os eventos inesperados que são significativos e o processo para análise intensiva desses eventos. Embora a determinação do que constitua um evento significativo deva estar de acordo com a definição geral de evento sentinela, conforme descrito nesta política, as instituições acreditadas têm uma certa liberdade para estabelecer parâmetros mais específicos de definição para "inesperado" e para "perda grave e permanente da função". No mínimo, a instituição deve incluir os seguintes eventos sujeitos a revisão:

- Morte inesperada do paciente, não relacionada ao curso natural de sua doença ou condição subjacente
- Perda significativa permanente da função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente
- Cirurgia errada, na parte do corpo errada, no paciente errado

Expectativas quanto à Resposta da Instituição a um Evento Sentinela. Espera-se que as instituições acreditadas identifiquem e respondam de forma apropriada a todos os eventos sentinela (conforme estabelecido pela instituição e de acordo com o parágrafo anterior) que ocorrerem na instituição ou associados aos serviços prestados ou oferecidos pela instituição. Uma resposta apropriada inclui a realização de uma análise de causa raiz oportuna, detalhada e com credibilidade; o desenvolvimento de um plano de ação concebido para implementação de melhorias dirigidas à redução do risco; a implementação das melhorias propostas; e o monitoramento da efetividade dessas melhorias.

Análise de Causa Raiz. A análise de causa raiz é um processo para identificação da base ou dos fatores causais que levam a variações no desempenho, incluindo a ocorrência, ou possível ocorrência, de um evento sentinela. Uma análise de causa raiz concentra-se principalmente nos sistemas e processos, e não no desempenho individual.

Plano de Ação. O produto da análise de causa raiz é um plano de ação que a instituição pretende implementar para reduzir o risco de eventos similares no futuro. O plano deve contemplar a responsabilidade pela implementação, supervisão, testes-piloto conforme apropriado, prazos e estratégias para medir a eficácia das ações.

Processo de Avaliação. Ao realizar uma avaliação de acreditação, a JCI procura avaliar a conformidade da instituição com os padrões aplicáveis e pontuar esses padrões, com base no desempenho de toda a instituição, ao longo do tempo (por exemplo, os 12 meses precedentes para avaliações trienais, ou os quatro meses precedentes, no caso de uma avaliação inicial). Se, durante as atividades habituais da avaliação, for identificado um evento sentinela, o avaliador seguirá os seguintes passos:

- Informará ao diretor que o evento foi identificado.
- Informará ao diretor que o evento será relatado ao Escritório Central da JCI para posterior análise e acompanhamento, de acordo com a Política para Eventos Sentinela.

Durante a avaliação *"in-loco"*, os avaliadores verificarão a conformidade da instituição com os padrões relacionados a eventos sentinela, das seguintes maneiras:

- Exame dos processos de resposta a eventos sentinela da instituição.
- Entrevista com os líderes e outros profissionais da instituição sobre suas expectativas e responsabilidades relativas à identificação, notificação e resposta a eventos sentinela.

- Solicitação de um exemplo de análise de causa raiz conduzido no ano anterior, para avaliar o processo da instituição para responder a eventos sentinela.
- Análise de exemplos adicionais, se necessário, para uma avaliação mais completa do entendimento da instituição e da sua capacidade de conduzir uma análise de causa raiz. Na seleção do exemplo, a instituição poderá escolher um "caso encerrado" para demonstrar seu processo de resposta a um evento sentinela.

Como a JCI toma Conhecimento de um Evento Sentinela. Todas as instituições são incentivadas, mas não obrigadas, a relatar à JCI qualquer evento sentinela que preencha os critérios acima para eventos sentinela passíveis de análise. A JCI também pode tomar conhecimento de um evento sentinela de outras formas, como através do relato de um paciente, de um familiar, de um colaborador do hospital, de um avaliador, ou através da imprensa.

Razões para Relatar um Evento Sentinela à JCI. Embora o relato de eventos sentinela não seja obrigatório, e não haja nenhuma diferença em relação à resposta, aos prazos ou aos procedimentos de análise esperados, quando o relato é voluntário ou quando o fato chega ao conhecimento da JCI por outras vias, há duas grandes vantagens para o relato voluntário de um evento sentinela:

1. O relato precoce proporciona a oportunidade de consultoria com os profissionais do escritório central da JCI durante o desenvolvimento da análise de causa raiz e do plano de ação.
2. A mensagem da instituição para o público, de que está fazendo todo o possível para assegurar que o evento não se repita, é reforçada pelo seu reconhecimento e colaboração com a JCI para compreender como o evento aconteceu e o que pode ser feito para reduzir o risco de tais eventos no futuro.

Eventos Sentinela Passíveis de Revisão. A definição de um evento sentinela passível de revisão leva em consideração um amplo espectro de ocorrências aplicáveis a uma grande variedade de instituições de saúde, mas essas ocorrências podem se aplicar a uma instituição em particular. Portanto, uma das ocorrências descritas a seguir pode se aplicar especificamente à sua instituição. Os seguintes eventos sentinela estão sujeitos à análise pela JCI, e incluem qualquer ocorrência que se enquadre em um dos seguintes critérios:

- O evento resultou em morte inesperada não relacionada ao curso natural da doença ou condição do paciente (por exemplo, suicídio);
- O evento resultou em perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença ou condição do paciente;
- O evento resultou de uma cirurgia com local de intervenção errado, paciente errado, procedimento errado;
- O evento resultou em um rapto de criança ou em uma criança levada para casa por pais errados.

Resposta Requerida Frente a um Evento Sentinela Passível de Revisão. Se a JCI toma conhecimento (seja por relato voluntário ou de outras formas) de um evento sentinela que se enquadre nos critérios acima e de que o evento ocorreu em uma instituição acreditada, o esperado é que a instituição proceda da seguinte maneira:

- Prepare um plano de ação detalhado e consistente, em 45 dias contados a partir do evento ou do momento em que toma conhecimento do evento.
- Submeta à JCI sua análise de causa raiz e o plano de ação, ou se apresente à JCI para avaliação da sua resposta ao evento sentinela, para avaliação da JCI.

Avaliação da Análise de Causa Raiz e do Plano de Ação. Uma análise de causa raiz será considerada aceitável se tiver as seguintes características:

- A análise concentra-se principalmente em sistemas e processos, e não em desempenhos individuais.
- A análise compreende desde causas específicas nos processos clínicos até causas comuns nos processos institucionais.
- A análise é cada vez mais aprofundada.
- A análise identifica mudanças que poderiam ser feitas em sistemas e processos (através do redesenho ou do desenvolvimento de novos sistemas ou processos) para reduzir o risco de ocorrência de tais eventos no futuro.

Todas as análises de causa raiz e planos de ação serão considerados e tratados pela JCI como confidenciais.

Atividades de Acompanhamento. Uma vez tendo considerado como aceitáveis a análise de causa raiz e o desenvolvimento do plano de ação, a JCI notificará a instituição e determinará uma atividade de acompanhamento, geralmente um relatório de progresso escrito com validade de quatro meses.

Implementação da Política para Eventos Sentinela. Se uma instituição deseja relatar uma ocorrência no subconjunto de eventos sentinela passíveis de revisão pela JCI, ela pode apresentar esse relato ao Programa de Acreditação da JCI por correio, por meio eletrônico, ou transmitir por fax. Se a JCI toma conhecimento de um evento sentinela passível de revisão nos termos da política de eventos sentinela, que não tenha sido notificado pela instituição, o diretor da instituição é contatado e realiza-se uma primeira avaliação do evento sentinela. Caso o evento tenha ocorrido mais de um ano antes de a JCI tomar conhecimento de sua ocorrência, na maioria dos casos ele não será analisado, nos termos da Política para Eventos Sentinela da JCI. Nesse caso, uma resposta escrita será solicitada da instituição, incluindo um sumário dos processos postos em prática para prevenir ocorrências similares.

Com base nas informações recebidas sobre o evento, a JCI aplicará a definição acima para determinar se um evento é passível de revisão nos termos da Política para Eventos Sentinela. Dúvidas sobre a determinação sobre se um evento é passível de revisão serão resolvidas através de consulta ao diretor executivo de acreditação e ao diretor sênior executivo de acreditação e padrões.

Revisão *"In-Loco"* Inicial de um Evento Sentinela. Normalmente não é feita a revisão *"in-loco"* do evento sentinela, a menos que seja identificada uma potencial ameaça imediata à saúde e segurança do paciente ou uma não-conformidade potencialmente significativa com os padrões JCI. Incidentes considerados ameaças imediatas à vida incluem situações nas quais a não-conformidade da instituição com um ou mais padrões tenha causado ou possa vir a causar uma perda grande e permanente de função, uma deficiência ou a morte de um paciente, e que provavelmente continuarão ocorrendo. Esse caráter prioritário será atribuído às situações em que as informações indicarem a necessidade de uma ação corretiva imediata. Todos os casos são imediatamente encaminhados à liderança executiva da JCI, para autorização da realização de uma avaliação focal. Se a avaliação focal for realizada, será cobrada da instituição uma quantia apropriada, baseada na tabela de remuneração estabelecida para cobrir os custos correspondentes à realização da mesma.

Informações Passíveis de Divulgação. Se a JCI for questionada a respeito da decisão de acreditação de uma instituição que tenha vivenciado um evento sentinela passível de revisão, a decisão de acreditação da instituição será relatada na forma usual, sem fazer referência ao evento sentinela. Se o inquiridor mencionar especificamente o evento sentinela, a JCI irá reconhecer que está ciente do evento e que está trabalhando ou que já trabalhou com a instituição no processo de revisão do mesmo.

Gerenciamento de Queixas / Monitoramento da Qualidade

Respondendo a uma Queixa sobre uma Instituição Acreditada pela JCI. O Escritório de Monitoramento da Qualidade e Segurança da JCI faz uma triagem e revisa as queixas, preocupações e questionamentos recebidos de várias fontes, relacionados às instituições de saúde acreditadas. Estas queixas podem ser encaminhadas por pacientes, familiares e prestadores de cuidado; por agências governamentais, na forma de relatórios; e através de informações da mídia. O termo *queixa* engloba um amplo espectro de informações recebidas pelo Programa de Acreditação da JCI.

A análise da queixa pelo Programa de Acreditação da JCI poderá resultar em uma série de ações, desde o arquivamento para fins de monitoramento de tendências e possível ação no futuro, obtenção da resposta à queixa da instituição de saúde envolvida, até a condução de uma avaliação focal motivada. Se o Programa de Acreditação da JCI determinar que a instituição deva responder à queixa, a mesma será notificada. A solicitação para resposta será encaminhada por endereço eletrônico ao diretor da instituição com as seguintes informações:

- A queixa em si;
- Um resumo da queixa, se o responsável pela mesma solicitar anonimato.

Se for solicitado à instituição de saúde que responda à queixa, a mesma deverá atender a essa solicitação **dentro de 30 dias após ter sido notificada**. Para questões mais graves, poderá ser solicitado à instituição que responda à queixa **dentro de 7 dias ou menos, após ter sido notificada**. A instituição será informada quando for solicitada uma resposta em um prazo de tempo mais curto.

Uma vez recebida, a resposta é analisada quanto à sua conformidade com os padrões da JCI, se aplicável. A instituição será informada se houver necessidade de informações adicionais.

Quando a resposta da instituição é considerada completa e aceitável, uma carta é encaminhada ao diretor indicando sua aceitação, e o caso é considerado encerrado.

O Programa de Acreditação da JCI requer que a instituição comunique aos profissionais, visitantes e pacientes que, quando considerarem que uma queixa não foi atendida de forma satisfatória, eles poderão optar por reportá-la ao Programa de Acreditação da JCI.

A política do Programa de Acreditação da JCI proíbe retaliações por parte da instituição contra profissionais que venham a encaminhar uma queixa ao Programa de Acreditação da JCI e proíbe o Programa de Acreditação da JCI de divulgar para o responsável pela queixa se a mesma tem fundamento ou não.

Processo de Renovação da Acreditação

O Programa de Acreditação da JCI envia à instituição um Requerimento de Reavaliação, antes da data prevista para acreditação trienal da instituição. A instituição é responsável por preencher o requerimento e devolvê-lo a JCI em uma data especificada. A JCI programa então a avaliação. Todos os esforços são feitos no sentido de programar a realização da avaliação trienal em data próxima ao final do ciclo de três anos da acreditação. A JCI trabalhará com a instituição e com outras instituições do país ou região, com avaliações previstas, para programar a(s) data(s) mais apropriada(s). O *status* anterior de acreditação de uma instituição pode permanecer válido até dois meses depois da subseqüente avaliação completa de acreditação, para que se conclua qualquer acompanhamento requerido. Se, durante o período da acreditação, a JCI receber informações de que a instituição encontra-se substancialmente em não-conformidade com os padrões de acreditação vigentes, a JCI determinará a necessidade de reavaliar a instituição e/ou conferir uma nova decisão de acreditação.

Política da Data em Vigor dos Padrões

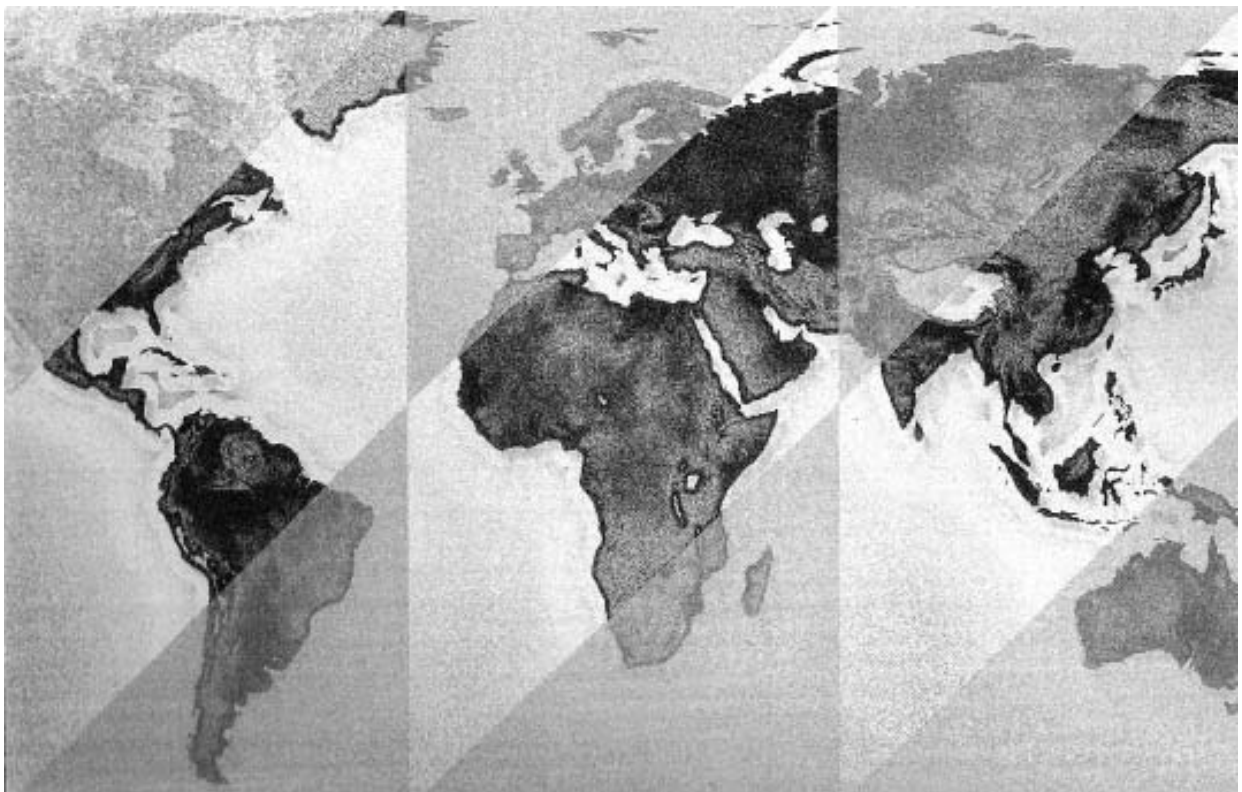
Propósito. Definir a data na qual as instituições acreditadas deverão estar em total conformidade com os padrões revisados e a data na qual as instituições que estão buscando a acreditação deverão ser avaliadas sob os padrões novos ou revisados.

Definição. *Data em vigor é* definida como a data de publicação na capa das edições dos padrões, na qual todas as atividades de acreditação são conduzidas utilizando-se tais padrões.

Política.

1. A data em vigor da primeira edição de padrões para um novo Programa de Acreditação da JCI é definida como a data de publicação do manual de padrões.
2. A data em vigor das edições subseqüentes dos padrões é definida pela equipe como seis meses após a publicação oficial dos padrões.
3. As avaliações de acreditação de todos os tipos são conduzidas sob os padrões em vigor no momento da avaliação. Nenhuma avaliação será conduzida utilizando-se padrões que não estão mais em vigor, ou que ainda não estejam em vigor.
4. Os padrões serão publicados, no mínimo, seis meses antes da data em vigor, para que as instituições possam estar em total conformidade com os padrões revisados.

Procedimento. Cada edição do manual de padrões, mediante aprovação dos padrões pelo Comitê de Acreditação da JCI, é submetida ao Departamento de Publicações para uma edição final e impressão. O Departamento de Publicações e a equipe do Programa de Acreditação da JCI determinam a data de publicação antecipadamente. A data em vigor oficial é então determinada como seis meses após a data de publicação. A data em vigor será o primeiro dia do mês indicado, salvo indicação em contrário.

Seção I:
Padrões com Foco no Paciente

Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG)

Apresentação

Este capítulo aborda as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG), cuja implementação será exigida a partir de 1 de janeiro de 2011 em todas as instituições acreditadas pela Joint Commission International (JCI) no âmbito dos Padrões Internacionais para Hospitais.

O propósito das IPSG é promover melhorias específicas na segurança do paciente. As metas destacam as áreas problemáticas na assistência à saúde e apresentam soluções consensuais para esses problemas, baseadas em evidências e em opiniões de especialistas. Admitindo-se que o correto desenho do sistema é fundamental para a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade, as metas geralmente concentram-se em soluções que abranjam todo o sistema, sempre que possível.

As metas são estruturadas da mesma forma que os outros padrões, incluindo um padrão (a meta), um propósito e elementos de mensuração. As metas são pontuadas de forma semelhante aos outros padrões, como "conforme", "parcialmente conforme" ou "não conforme". As Regras de Decisão de Acreditação incluem a conformidade com as IPSG como uma regra de decisão distinta.

Metas

Veja a seguir, a lista de todas as metas. Elas são apresentadas aqui para sua conveniência, sem seus requisitos, propósitos ou elementos de mensuração. Para mais informações a respeito destas metas, favor dirigir-se à próxima seção deste capítulo: "Metas, Propósitos e Elementos de Mensuração".

IPSG 1 Identificar os Pacientes Corretamente

IPSG 2 Melhorar a Comunicação Efetiva

IPSG 3 Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância

IPSG 4 Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto

IPSG 5 Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPSG 6 Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas

Metas, Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

IPSG 1: Identificar os Pacientes Corretamente

Padrão IPSG 1

A instituição desenvolve uma abordagem para melhorar a precisão da identificação do paciente.

Propósito de IPSG 1

Os erros de identificação de pacientes podem ocorrer em praticamente todos os aspectos do diagnóstico e tratamento. Os pacientes podem estar sedados, desorientados ou não totalmente alertas; podem mudar de leitos, quartos ou setores dentro do hospital; podem ter deficiências sensoriais; ou podem estar sujeitos a outras situações que possam levar a erros de identificação. O propósito desta meta é duplo: em primeiro lugar, identificar de modo confiável o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento; em segundo lugar, assegurar o devido serviço ou tratamento àquele indivíduo.

Políticas e/ou procedimentos são desenvolvidos de forma colaborativa de modo a melhorar os processos de identificação, em particular os processos utilizados para se identificar um paciente ao administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados; coletar sangue ou outras amostras para exames clínicos; ou administrar quaisquer outros tratamentos ou procedimentos. As políticas e/ou procedimentos exigem ao menos duas formas de identificação do paciente, tais como seu nome, número de identificação, data de nascimento, uma pulseira com código de barras, ou outros tipos de identificação. O número do quarto ou a localização do paciente não podem ser utilizados para identificação. As políticas e/ou procedimentos indicam claramente o uso de duas formas diferentes de identificação em locais distintos da instituição, como no cuidado ambulatorial ou outros serviços de atendimento a pacientes externos, departamento de emergência ou no centro cirúrgico. A identificação de pacientes comatosos sem qualquer identificação também está incluída. Um processo colaborativo é utilizado no desenvolvimento das políticas e/ou procedimentos para assegurar que eles abranjam todas as situações possíveis de identificação.

Elementos de Mensuração de IPSG 1

- ❑ 1. Os pacientes são identificados através de dois identificadores, não incluindo o número do quarto ou localização do paciente.
- ❑ 2. Os pacientes são identificados antes de se administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados.
- ❑ 3. Os pacientes são identificados antes da coleta de sangue e de outras amostras para exame. (*ver também* AOP.5.6, EM2)
- ❑ 4. Os pacientes são identificados antes da administração de tratamentos e da realização de procedimentos.
- ❑ 5. Políticas e procedimentos apóiam de forma consistente a prática em todas as situações e locais.

IPSG 2: Melhorar a Comunicação Efetiva

Padrão IPSG 2

A instituição desenvolve uma abordagem para melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado.

Propósito de IPSG 2

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica,

verbal ou escrita. As comunicações mais propensas a erros são as prescrições verbais, e aquelas feitas por telefone, quando permitido pelas leis ou regulamentos locais. Outra comunicação suscetível a erros consiste na informação de resultados de exames críticos, como o telefonema do laboratório à unidade de cuidados ao paciente para relatar os resultados de um teste de urgência.

A instituição desenvolve de forma colaborativa uma política e/ou procedimento para prescrições verbais, pessoalmente ou por telefone, que inclui: a anotação (ou digitação em um computador) de toda a prescrição ou resultado de exame, pelo receptor da informação; a releitura da ordem ou resultado do exame por parte do receptor; e a confirmação de que o que foi anotado e lido está correto. A política e/ou procedimento identifica alternativas permitidas para quando o processo de releitura não for sempre possível de ser realizado, como na sala de cirurgia e em situações de emergência, no departamento de emergência ou na unidade de cuidados intensivos.

Elementos de Mensuração de IPSG 2

- ❑ 1. A prescrição completa ou resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, é anotado na íntegra por quem recebe a prescrição ou resultado de exame. (*ver também* MCI.19.2, EM 1)
- ❑ 2. A prescrição completa e o resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, é relido (a) na íntegra pelo receptor da prescrição ou resultado do exame. (*ver também* AOP.5.3.1, propósito do padrão)
- ❑ 3. A prescrição ou resultado de exame é confirmada (o) pelo indivíduo que fez a solicitação ou transmitiu o resultado do exame.
- ❑ 4. Políticas e procedimentos apóiam a prática consistente de verificação da precisão da comunicação verbal e telefônica. (*ver também* AOP.5.3.1, propósito do padrão)

IPSG 3: Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância

Padrão IPSG 3

A instituição desenvolve uma abordagem para melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância.

Propósito de IPSG 3

Quando os medicamentos fazem parte do plano terapêutico do paciente, é essencial que haja uma administração adequada para garantir a segurança do paciente. Medicamentos de alta vigilância são aqueles medicamentos associados a um porcentual elevado de erros e/ou eventos sentinela, medicamentos com risco mais elevado de resultados adversos, e medicamentos com aparência e nomes parecidos. Existem listas de medicamentos de alta vigilância disponíveis em instituições como a Organização Mundial de Saúde e o Instituto de Práticas Seguras de Medicação. Um problema na segurança de medicamentos freqüentemente citado se refere à administração não intencional de eletrólitos concentrados (por exemplo, cloreto de potássio [igual ou mais concentrado do que 2mEq/ml], fosfato de potássio [igual ou mais concentrado do que 3mmol/mL], cloreto de sódio [mais concentrado do que 0,9%] e sulfato de magnésio [igual ou mais concentrado do que 50%]). Erros podem ocorrer quando os profissionais não são adequadamente orientados sobre a unidade de cuidado ao paciente, quando enfermeiros contratados não são orientados da forma adequada, ou durante emergências. O meio mais efetivo para reduzir ou eliminar essas ocorrências consiste do desenvolvimento de um processo para o gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância, que inclua a remoção dos eletrólitos concentrados das unidades de cuidado para a farmácia.

A instituição desenvolve de modo colaborativo uma política e/ou procedimento que define a lista de medicamentos de alta vigilância da instituição, com base nos seus próprios dados. A política e/ou procedimento também define todas as áreas onde os eletrólitos concentrados são necessários clinicamente, de acordo com as evidências e a prática profissional, tais como o departamento de emergência ou centro cirúrgico, e define formas para a rotulagem precisa dos mesmos, assim como formas de armazenamento nessas áreas, de modo a restringir o acesso e prevenir sua administração inadvertida.

Elementos de Mensuração da IPSG 3

- ❑ 1. Políticas e/ou procedimentos são desenvolvidos para abordar a identificação, o local, a rotulagem e armazenagem dos medicamentos de alta vigilância.
- ❑ 2. As políticas e/ou procedimentos são implementados.
- ❑ 3. Os eletrólitos concentrados não estão presentes nas unidades de cuidado ao paciente, a menos que seja clinicamente necessário, e são implementadas ações para prevenir a administração inadvertida nas áreas permitidas pela política.
- ❑ 4. Os eletrólitos concentrados, armazenados nas unidades de cuidado ao paciente, estão claramente rotulados e guardados de forma a restringir-lhes o acesso.

IPSG 4: Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto

Padrão IPSG 4

A instituição desenvolve uma abordagem para assegurar a realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

Propósito de IPSG 4

Cirurgias com local de intervenção errado, procedimento errado e paciente errado são ocorrências assustadoramente comuns nas instituições de saúde. Estes erros são o resultado de uma comunicação ineficaz ou inadequada entre os membros da equipe cirúrgica, da falta de envolvimento do paciente na marcação do local da intervenção e da ausência de procedimentos para verificação do sítio cirúrgico. Além disso, a avaliação inadequada do paciente, a revisão inadequada do prontuário médico uma cultura que não apóia a comunicação aberta entre os membros da equipe cirúrgica, problemas relacionados a escritas ilegíveis e o uso de abreviações são fatores que contribuem freqüentemente para esses erros.

As instituições precisam desenvolver de modo colaborativo uma política e/ou procedimento que seja eficaz na eliminação deste alarmante problema. A política inclui uma definição de cirurgia, que incorpore pelo menos aqueles procedimentos investigativos e/ou de tratamento de doenças e distúrbios do corpo humano e que envolvam incisão, remoção, alteração, ou inserção de endoscópios diagnósticos/ terapêuticos. A política se aplica a todas as unidades da instituição onde esses procedimentos sejam realizados.

As práticas baseadas em evidências estão descritas no "Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Pessoa Errada da Joint Commission, (EUA), ®.

Os processos essenciais presentes no Protocolo Universal são

- marcação do local da intervenção cirúrgica;
- um processo de verificação pré-operatória; e
- uma pausa (*time-out*) realizada imediatamente antes do início do procedimento.

A marcação do local da intervenção cirúrgica envolve o paciente e é feita com uma marca instantaneamente reconhecível. A marcação deve ser comum a toda a instituição; deve ser feita pela pessoa que irá realizar o procedimento; deve ser realizada com o paciente acordado e consciente, se possível, e deve ser visível mesmo após o paciente ser preparado e coberto. O local de intervenção cirúrgica é marcado em todos os casos que envolvam lateralidade, múltiplas estruturas (dedos das mãos e dos pés, lesões) ou múltiplos níveis (coluna vertebral).

O propósito da verificação pré-operatória é:

- verificar se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos;
- garantir que todos os documentos, imagens e estudos relevantes estejam disponíveis, adequadamente identificados e expostos; e
- verificar se todos os equipamentos especiais e/ou implantes necessários estão presentes.

A pausa (*time-out*) permite que todas as questões não respondidas ou confusas sejam resolvidas. A pausa (*time-out*) é realizada no local em que o procedimento será realizado, logo antes do início do procedimento e envolve toda a equipe cirúrgica. A instituição determina como o processo de pausa (*time-out*) deve ser documentado.

Elementos de Mensuração de IPSG 4

- ❑ 1. A instituição utiliza uma marcação instantaneamente reconhecível para a identificação do local da intervenção cirúrgica e envolve o paciente no processo de marcação.
- ❑ 2. A instituição utiliza uma lista de verificação ou outro processo para verificar, antes da cirurgia, se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos e se todos os documentos e equipamentos necessários estão à mão, se são corretos e se estão funcionando.
- ❑ 3. A pausa (*time-out*) é conduzida e documentada pela equipe cirúrgica completa, imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico.
- ❑ 4. Políticas e procedimentos são desenvolvidos de forma a apoiar processos uniformes que assegurem a realização do procedimento correto, no local correto, no paciente correto, incluindo os procedimentos médicos e odontológicos realizados fora do centro cirúrgico.

IPSG 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Padrão IPSG 5

A instituição desenvolve uma abordagem para reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Propósito de IPSG 5

A prevenção e o controle de infecções são um desafio para a maioria dos setores de cuidado à saúde, e as crescentes taxas de infecções associadas aos cuidados de saúde são uma grande preocupação para os pacientes e profissionais de saúde. As infecções comuns a todos os setores de cuidado incluem as infecções urinárias associadas ao uso de cateter, as infecções da corrente sanguínea e as pneumonias (freqüentemente associadas à ventilação mecânica).

A higiene adequada das mãos é essencial para a erradicação dessas e de outras infecções. Diretrizes para a higiene das mãos reconhecidas internacionalmente são disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (US CDC) e por diversas outras instituições nacionais e internacionais.

A instituição tem um processo colaborativo para o desenvolvimento de políticas e/ou procedimentos que adaptem ou adotem as diretrizes para higiene das mãos disponíveis e aceitas atualmente, e para a implementação dessas diretrizes pela instituição.

Elementos de Mensuração de IPSG 5

- ❑ 1. A instituição adotou ou adaptou diretrizes, disponíveis e aceitas atualmente, para a higiene das mãos.
- ❑ 2. A instituição implementa um programa efetivo para a higiene das mãos.
- ❑ 3. A instituição desenvolve políticas e/ou procedimentos de suporte à redução contínua das infecções associadas aos cuidados de saúde.

IPSG 6: Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas

Padrão IPSG 6

A instituição desenvolve uma abordagem para reduzir os riscos de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.

Propósito de IPSG 6

As quedas respondem por uma porção significativa de lesões em pacientes hospitalizados. Levando-se em consideração a população atendida, os serviços prestados e suas instalações, a instituição deve avaliar o risco de queda dos seus pacientes e agir para reduzir esse risco de queda e reduzir o risco de lesão causada pela queda. A avaliação pode incluir o histórico de quedas, a revisão do uso de medicamentos e de consumo de álcool, a avaliação da marcha e do equilíbrio, e de dispositivos utilizados pelo paciente para auxílio à locomoção. A instituição estabelece um programa de redução dos riscos de queda baseado em políticas e/ou procedimentos adequados. O programa monitora as conseqüências, tanto desejáveis quanto as indesejáveis, das medidas destinadas à redução de quedas. Por exemplo, o uso inadequado de contenção física ou a restrição de líquidos pode resultar em lesão, prejuízo da circulação, e comprometimento da integridade da pele. O programa está implementado.

Elementos de Mensuração de IPSG 6

- ❑ 1. A instituição implementa um processo para a avaliação inicial dos pacientes para o risco de queda e de reavaliação de pacientes quando indicada por uma alteração da condição ou medicamentos, dentre outros. (*ver também* AOP.1.6, EM 4)
- ❑ 2. Medidas são implementadas para reduzir o risco de queda para aqueles pacientes avaliados como de risco. (*ver também* AOP.1.6, EM 5)
- ❑ 3. Os resultados das medidas tomadas são monitorados, tanto a redução de lesões decorrentes de quedas e todas as conseqüências indesejáveis relacionadas.
- ❑ 4. Políticas e/ou procedimentos apóiam a contínua redução do risco de lesões no paciente, resultantes de quedas na instituição.

Acesso ao Cuidado e Continuidade ao Cuidado (ACC)

Apresentação

Toda instituição de saúde deve considerar a assistência que oferece como parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de cuidado, assim compondo a continuidade do cuidado. O objetivo é compatibilizar de forma adequada os serviços disponíveis com as necessidades de saúde dos pacientes, coordenar os serviços que são oferecidos ao paciente na instituição, e depois planejar a alta e o acompanhamento. O efeito final é a melhoria dos resultados obtidos no cuidado ao paciente e o uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

A informação é essencial para tomar decisões corretas sobre:

- quais necessidades do paciente podem ser atendidas pela instituição de saúde;
- o fluxo eficiente de serviços para o paciente; e
- a alta ou a transferência do paciente para sua casa ou para outro ambiente de cuidado.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os seus propósitos ou elementos de mensuração. Mais informações sobre esses padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Admissão à Instituição

ACC.1 Os pacientes são admitidos para receber cuidados hospitalares em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado e de acordo com a missão e os recursos da instituição.

ACC.1.1 A instituição tem um processo para admitir pacientes e para registrar pacientes externos.

ACC.1.1.1 Pacientes com necessidades urgentes, emergenciais ou imediatas recebem prioridade de avaliação e tratamento.

ACC.1.1.2 As necessidades dos pacientes, de serviços preventivos, paliativos, curativos e de reabilitação são priorizadas com base em suas condições, no momento de sua internação na instituição.

ACC.1.1.3 A instituição considera as necessidades clínicas dos pacientes quando há períodos de espera ou demora para serviços de diagnóstico e/ou tratamento.

ACC.1.2 No momento da internação, os pacientes e seus familiares recebem informações sobre o cuidado proposto, os resultados esperados e possíveis despesas de responsabilidade do paciente, relativas ao seu cuidado.

ACC.1.3 A instituição procura reduzir barreiras físicas, lingüísticas, culturais e outras barreiras ao acesso e à prestação de serviços.

ACC.1.4 A admissão ou transferência de ou para unidades de cuidados intensivos ou especializados é determinada por critérios estabelecidos.

Continuidade do Cuidado

ACC.2 A instituição elabora e executa processos para proporcionar a continuidade do cuidado ao paciente dentro da instituição e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.

ACC.2.1 Durante todas as fases do cuidado ao paciente internado, há um profissional qualificado identificado como responsável pelo seu cuidado.

Alta, Referência, e Acompanhamento

ACC.3 Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes.

ACC.3.1 A instituição coopera com os profissionais de saúde e com órgãos externos para assegurar referências oportunas e apropriadas.

ACC.3.2 Os prontuários clínicos dos pacientes internados contêm uma cópia do sumário de alta.

ACC.3.2.1 O sumário de alta dos pacientes internados é completo.

ACC.3.3 Os prontuários clínicos dos pacientes externos que estão recebendo cuidados continuados contêm um sumário com todos os diagnósticos significativos, alergias medicamentosas, medicações em uso e quaisquer procedimentos cirúrgicos e hospitalizações anteriores.

ACC.3.4 Os pacientes e, quando apropriado, seus familiares, recebem instruções compreensíveis sobre o seu acompanhamento.

ACC.3.5 A instituição tem um processo de gerenciamento e acompanhamento dos pacientes que deixam a instituição contrariando o aconselhamento médico.

Transferência de Pacientes

ACC.4 Os pacientes são transferidos para outras instituições com base no seu estado e para atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

ACC.4.1 A instituição que refere o paciente se certifica de que a instituição que o recebe é capaz de atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

ACC.4.2 À instituição que recebe o paciente, é fornecido um sumário escrito das condições clínicas do paciente e das intervenções realizadas na instituição que procede a referência.

ACC.4.3 Durante uma transferência direta, um profissional qualificado monitora as condições do paciente.

ACC.4.4 O processo de transferência é documentado no prontuário do paciente.

Transporte

ACC.5 O processo de referência, transferência ou alta, tanto dos pacientes internados quanto externos, inclui o planejamento do atendimento às necessidades de transporte do paciente.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Admissão à Instituição

Padrão ACC.1

Os pacientes são admitidos para receber cuidados hospitalares em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado e de acordo com a missão e os recursos da instituição.

Propósito de ACC.1

A compatibilização das necessidades do paciente com a missão e os recursos da instituição depende da obtenção de informações sobre as necessidades e condições do paciente, através de um processo de triagem, realizado normalmente no primeiro contato. A avaliação pode ser realizada através de critérios de triagem, avaliação visual, exame físico, ou com base em resultados de avaliações físicas, psicológicas, análises clínicas ou de diagnóstico por imagem, realizados previamente. A triagem pode ocorrer no serviço que referiu o paciente, durante o transporte de emergência ou quando o paciente chega à instituição. É importante que essas decisões sobre tratar, transferir ou referir, só sejam tomadas depois que os resultados das avaliações da triagem estiverem disponíveis. Só são considerados para internação ou registrados para serviços a pacientes externos aqueles pacientes para os quais a instituição tem capacidade clínica de oferecer os serviços necessários, de acordo com sua missão. Quando a instituição requer exames ou avaliações especiais antes da internação ou registro, este requisito consta de uma política escrita. (*ver também* AOP.1, propósito).

Elementos de Mensuração de ACC.1

- ❑ 1. A triagem tem início no momento do primeiro contato, dentro ou fora da instituição.
- ❑ 2. Com base nos resultados da triagem, é verificada a compatibilidade das necessidades do paciente com a missão e os recursos da instituição. (*ver também* GLD.3.2, EM 2)
- ❑ 3. Os pacientes só são aceitos se a instituição puder fornecer os serviços necessários e as instalações apropriadas para o cuidado aos pacientes externos ou aos internados.
- ❑ 4. Existe um processo para fornecer os resultados dos exames diagnósticos aos responsáveis por decidir se o paciente será admitido, transferido ou referido.
- ❑ 5. Os exames padronizados para triagem e diagnóstico antes da internação estão definidos na política institucional.
- ❑ 6. Os pacientes não são admitidos, transferidos ou referidos antes que os resultados dos exames requeridos para essas decisões estejam disponíveis.

Padrão ACC.1.1

A instituição tem um processo para admitir pacientes e para registrar pacientes externos.

Propósito de ACC.1.1

O processo para internação de pacientes para tratamento e para registrar pacientes externos para os serviços é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- o registro, como paciente externo, ou a admissão, como paciente internado;
- a admissão diretamente do serviço de emergência para uma unidade de internação; e
- o processo para manter pacientes em observação.

As políticas também contemplam como administrar situações de não disponibilidade de vaga para admissão do paciente na instituição ou na unidade apropriada. (*ver também* COP.1, EM 1)

Elementos de Mensuração de ACC.1.1

- ❑ 1. O processo de registro dos pacientes externos está padronizado.
- ❑ 2. O processo de internação dos pacientes está padronizado. (*ver também* GLD.6.1, EM 3)
- ❑ 3. Existe um processo para internar pacientes provenientes da emergência.
- ❑ 4. Existe um processo para manter pacientes em observação.
- ❑ 5. Existe um processo para gerenciar situações de não disponibilidade de vaga para admissão do paciente na unidade desejada ou em qualquer outra unidade na instituição.
- ❑ 6. Políticas e procedimentos escritos apóiam os processos de internação de pacientes e de registro de pacientes externos.
- ❑ 7. Os profissionais conhecem e seguem as políticas e procedimentos.

Padrão ACC.1.1.1

Pacientes com necessidades urgentes, emergenciais ou imediatas recebem prioridade de avaliação e tratamento.

Propósito de ACC.1.1.1

Os pacientes com necessidades urgentes, emergenciais ou imediatas (como por exemplo, infecções transmitidas pelo ar) são identificados através de um processo de triagem baseado em evidências. Uma vez identificados como emergenciais, urgentes ou com necessidades imediatas, esses pacientes são avaliados e tratados tão rapidamente quanto necessário. Esses pacientes podem ser avaliados, pelo médico ou outro profissional qualificado, antes dos outros pacientes, ser submetidos a exames diagnósticos o mais rápido possível, e ter seu tratamento iniciado de modo a atender às suas necessidades. O processo de triagem pode incluir critérios de base fisiológica, onde for possível e apropriado. A instituição treina os profissionais para identificar quais pacientes precisam de cuidados imediatos e sobre como dar prioridade ao seu atendimento.

Quando não pode atender as necessidades do paciente em situação emergencial, e o paciente requer transferência para um nível mais elevado de cuidado, a instituição que fará a transferência deve, dentro de suas possibilidades, estabilizar o paciente clinicamente antes do transporte.

Elementos de Mensuração de ACC.1.1.1

- ❑ 1. A instituição utiliza um processo de triagem baseado em evidências para priorizar os pacientes com necessidades imediatas.
- ❑ 2. Os profissionais são treinados para utilizar os critérios.
- ❑ 3. Os pacientes são priorizados com base na urgência de suas necessidades.
- ❑ 4. Os pacientes em situação de emergência são avaliados e estabilizados dentro da capacidade da instituição, antes da transferência. (*ver também* ACC.4, EMs 1, 2 e 5, e ACC.4.2, EMs 3 e 4)

Padrão ACC.1.1.2

As necessidades dos pacientes, de serviços preventivos, paliativos, curativos e de reabilitação são priorizadas com base em suas condições, no momento de sua internação na instituição.

Propósito de ACC.1.1.2

Quando é considerada a internação de um paciente na instituição, a avaliação de triagem ajuda os profissionais a identificar e priorizar os serviços necessários ao paciente em nível preventivo, paliativo, curativo e de reabilitação, e a selecionar os serviços ou unidades mais apropriados para atender às necessidades mais urgentes ou prioritárias do paciente.

Elementos de Mensuração de ACC.1.1.2

- ❑ 1. A avaliação de triagem ajuda os profissionais a identificar as necessidades do paciente.
- ❑ 2. A seleção do serviço ou unidade para atender a essas necessidades é baseada nos achados da avaliação de triagem.
- ❑ 3. As necessidades dos pacientes relacionadas aos serviços preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos são priorizadas.

Padrão ACC.1.1.3

A instituição considera as necessidades clínicas dos pacientes quando há períodos de espera ou demora para serviços de diagnóstico e/ou tratamento.

Propósito de ACC.1.1.3

Os pacientes são informados quando longos períodos de espera para serviços de diagnóstico e/ou tratamento são previstos ou quando a obtenção do cuidado planejado inclui uma lista de espera. Os pacientes são também informados sobre as razões da demora ou espera e ainda sobre alternativas possíveis. Esta exigência se aplica aos serviços diagnósticos ou terapêuticos a pacientes externos ou internados; não se aplica aos casos de pequenos retardos, como por exemplo, quando o médico está atrasado em relação ao horário de atendimento. Existem certos serviços, como tratamento oncológico ou transplante, em que a demora pode estar relacionada a normas nacionais e, portanto, diferem dos atrasos de serviços diagnósticos, por exemplo.

Elementos de Mensuração de ACC.1.1.3

- ❑ 1. Os pacientes internos e externos são informados sobre demoras relativas ao cuidado e/ou tratamento.
- ❑ 2. Os pacientes são informados sobre as razões da demora ou espera e recebem também informações sobre alternativas possíveis de acordo com suas necessidades clínicas.
- ❑ 3. As informações estão documentadas no prontuário do paciente.
- ❑ 4. Políticas e/ou procedimentos escritos dão suporte a uma prática consistente.

Padrão ACC.1.2

No momento da internação, os pacientes e seus familiares recebem informações sobre o cuidado proposto, os resultados esperados e possíveis despesas de responsabilidade do paciente, relativas ao seu cuidado.

Propósito de ACC.1.2

Durante o processo de internação, os pacientes e seus familiares recebem informação suficiente para tomar uma decisão informada. As informações fornecidas incluem aspectos relativos ao cuidado proposto, aos resultados esperados e a quaisquer despesas de responsabilidade do paciente ou de seus familiares, quando não pagas por uma fonte pública ou privada. Quando existem restrições financeiras relativas aos custos do tratamento, a instituição busca maneiras de superar essas restrições. Essas informações podem ser fornecidas por escrito ou verbalmente, e devem estar anotadas no prontuário.

Elementos de Mensuração de ACC.1.2

- ❑ 1. O paciente e seus familiares recebem informações na admissão. *(ver também* MCI.2, propósito do padrão)
- ❑ 2. As informações incluem o cuidado proposto. *(ver também* MCI.2, EMs 1 e 2)
- ❑ 3. As informações incluem os resultados esperados do cuidado.
- ❑ 4. As informações incluem quaisquer despesas esperadas para o paciente ou familiares.
- ❑ 5. As informações são suficientes para o paciente e seus familiares tomarem decisões informadas. *(ver também* AOP.4.1, EM.3).

Padrão ACC.1.3

A instituição procura reduzir barreiras físicas, lingüísticas, culturais e outras barreiras ao acesso e à prestação de serviços.

Propósito de ACC.1.3

As instituições freqüentemente atendem a comunidades com uma população diversificada. Os pacientes podem ser idosos, portadores de deficiências, falar diferentes idiomas ou dialetos, ser provenientes de culturas diferentes, ou apresentar outras barreiras que dificultem muito os processos de acesso e cuidado. A instituição identificou essas barreiras e implementou processos para eliminá-las ou reduzi-las. A instituição também estabelece medidas para reduzir o impacto dessas barreiras na prestação de serviços.

Elementos de Mensuração de ACC.1.3

❑ 1. Os líderes e profissionais da instituição identificam as barreiras mais comumente encontradas em sua população de pacientes.
❑ 2. Existe um processo para superar ou reduzir as barreiras para os pacientes que buscam cuidados.
❑ 3. Existe um processo para limitar o impacto das barreiras na prestação de serviços.
❑ 4. Esses processos estão implementados.

Padrão ACC.1.4

A admissão ou transferência de ou para unidades de cuidados intensivos ou especializados é determinada por critérios estabelecidos.

Propósito de ACC.1.4

As unidades ou serviços que prestam cuidados intensivos (por exemplo, uma unidade intensiva de cuidados pós-operatórios) ou que prestam serviços especializados (por exemplo, unidade de pacientes queimados ou de transplante de órgãos) são de alto custo e geralmente limitadas no que se refere a espaço e recursos humanos. Além disso, quando há unidades de emergência com leitos para pacientes em observação, e unidades de pesquisa clínica, é necessário que se faça uma adequada seleção de pacientes para ocupação dos leitos da unidade. Cada instituição deve estabelecer critérios para determinar quais pacientes requerem o nível de cuidado oferecido nessas unidades. Para que sejam consistentes, os critérios devem ser, sempre que possível e apropriado, baseados em aspectos fisiológicos. Profissionais adequados, do departamento de emergência ou dos serviços de cuidados intensivos ou especializados, participam do desenvolvimento desses critérios. Os critérios são usados para determinar a entrada direta na unidade, de pacientes provenientes da emergência e também a transferência para a unidade, de pacientes da instituição ou de fora dela. Os critérios também são utilizados para determinar quando um paciente não mais precisa dos serviços da unidade e pode ser transferido para outro nível de cuidado.

Quando a instituição realiza atividades de pesquisa ou oferece serviços ou programas especializados, a admissão ou transferência para esses programas obedece a critérios ou protocolos estabelecidos. Indivíduos apropriados, membros da pesquisa ou de outros programas estão envolvidos no desenvolvimento do critério ou protocolo. A admissão a esses programas está documentada no prontuário do paciente e inclui as condições relacionadas ao critério ou protocolo, de acordo com o qual o paciente foi admitido ou transferido.

Elementos de Mensuração de ACC.1.4

❑ 1. A instituição estabeleceu critérios de entrada e/ou transferência para seus serviços ou unidades intensivas e especializadas, incluindo pesquisa e outros programas para atender às necessidades dos pacientes.
❑ 2. Sempre que possível e apropriado, os critérios são baseados em aspectos fisiológicos.
❑ 3. Indivíduos apropriados estão envolvidos no desenvolvimento dos critérios.

- ❑ 4. Os profissionais são treinados para aplicar os critérios.
- ❑ 5. Os prontuários dos pacientes admitidos nas unidades/serviços intensivos e especializados contêm evidências de que estão de acordo com os critérios de admissão a esses serviços.
- ❑ 6. Os prontuários dos pacientes transferidos ou de alta de unidades de tratamento intensivo/especializado contêm evidências de que não atendem mais aos critérios para esses serviços.

Continuidade do Cuidado

Padrão ACC.2

A instituição elabora e executa processos para proporcionar a continuidade do cuidado ao paciente dentro da instituição e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.

Propósito de ACC.2

À medida que o paciente circula dentro da instituição, desde a admissão até a alta ou transferência, vários departamentos e serviços, e muitos profissionais de saúde poderão estar envolvidos no seu cuidado.

Ao longo de todas as fases do cuidado, as necessidades do paciente são atendidas com os recursos adequados na própria instituição, ou fora dela, se necessário. Isto geralmente é conseguido através da utilização de critérios ou de políticas estabelecidas para determinar a pertinência de transferências dentro da instituição. *(ver também* ACC.1.4 com relação aos critérios de admissão ou transferência de ou para unidades especializadas e intensivas).

Para que o cuidado ao paciente não sofra descontinuidade, a instituição precisa desenvolver e implementar processos relativos à continuidade e coordenação do cuidado entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, nas seguintes áreas:

- serviços de emergência e internação;
- serviços de diagnóstico e tratamento;
- serviços de tratamento cirúrgico e não-cirúrgico;
- programas de atendimento a pacientes externos; e
- outras instituições e unidades de cuidado.

Os líderes das diversas unidades e serviços trabalham em conjunto na construção e implementação desses processos. Os processos podem ser apoiados por critérios explícitos de transferência ou por políticas, procedimentos ou diretrizes. A instituição identifica os profissionais responsáveis pela coordenação dos serviços. Esses indivíduos podem coordenar o cuidado aos pacientes, de forma global (entre departamentos, por exemplo) ou podem ser responsáveis pela coordenação do cuidado a pacientes individuais (gerente de caso, por exemplo).

Elementos de Mensuração de ACC.2

- ❑ 1. Os líderes dos diversos serviços e unidades concebem e implementam processos de apoio à continuidade e coordenação do cuidado, incluindo aqueles identificados no texto do propósito.
- ❑ 2. Critérios ou políticas estabelecidas determinam a pertinência das transferências dentro da instituição.
- ❑ 3. A continuidade e a coordenação são evidentes em todas as fases do cuidado ao paciente.
- ❑ 4. A continuidade e a coordenação são evidentes para o paciente.
  (*ver também* PFR.2, EM 1; e PFR.2.1, EM 2)

Padrão ACC.2.1

Durante todas as fases do cuidado ao paciente internado, há um profissional qualificado identificado como responsável pelo seu cuidado.

Propósito de ACC.2.1

Para manter a continuidade do cuidado durante a permanência do paciente na instituição, o profissional responsável pela coordenação e continuidade do cuidado ao paciente, de forma geral ou em cada etapa particular do cuidado, está claramente identificado. Esse responsável pode ser um médico ou outro profissional qualificado. Esse profissional é identificado no prontuário do paciente ou dado a conhecer de outra maneira aos profissionais da instituição. O profissional responsável documenta as informações relativas ao plano de cuidado. A existência de um profissional responsável pela supervisão do cuidado durante toda a permanência hospitalar contribuirá para melhorar a continuidade, a coordenação, a satisfação do paciente, a qualidade e os resultados potenciais e é, portanto, desejável para certos pacientes de maior complexidade ou outros que a instituição possa identificar. Esse indivíduo necessitará colaborar e se comunicar com os outros profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Além disso, a política institucional define o processo de transferência de responsabilidade deste individuo para outro, em razão de férias, feriados, ou outros períodos. A política define os consultores, médicos de plantão, substitutos temporários ou outros que assumam a responsabilidade, a forma como assumem essa responsabilidade e como documentam sua participação/cobertura.

Quando um paciente passa de uma fase do cuidado para outra (por exemplo, da cirurgia para a reabilitação), o responsável por seu cuidado pode ser o mesmo profissional ou pode ocorrer uma transferência de responsabilidade.

Elementos de Mensuração de ACC.2.1

❑ 1. O profissional responsável pela coordenação do cuidado ao paciente está identificado e disponível em todas as fases do cuidado ao paciente internado.
(*ver também* COP.2.1, EM 5 sobre responsabilidade do médico e PFR.6.1, EM 2)

❑ 2. O indivíduo está qualificado para assumir a responsabilidade pelo cuidado ao paciente.

❑ 3. O indivíduo é identificado perante os profissionais da instituição.

❑ 4. O indivíduo registra no prontuário clínico as informações relativas ao plano de cuidado.

❑ 5. A transferência de responsabilidade de um indivíduo para outro, quanto ao cuidado ao paciente, está descrita na política institucional.

Alta, Referência e Acompanhamento

Padrão ACC.3

Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes.

Propósito de ACC.3

A alta ou referência de um paciente para um profissional de saúde de fora da instituição, para outra unidade de cuidado ou para sua casa ou sua família, baseia-se nas suas condições de saúde e necessidades de serviços ou cuidados continuados. O médico do paciente ou o responsável por seu cuidado deve determinar quando ele está pronto para receber alta, com base nas políticas e critérios pertinentes ou indicações de referência e alta estabelecidas pelo hospital. Podem também ser utilizados critérios para determinar quando um paciente está em condições de alta. As necessidades de cuidado continuado podem implicar a necessidade de referência para um médico especialista, para um fisioterapeuta ou até mesmo a necessidade de cuidados preventivos administrados em casa, pela família. Um

processo organizado é necessário para assegurar que quaisquer necessidades continuadas sejam atendidas por profissionais de saúde adequados ou por outras instituições. O processo inclui a referência de pacientes para instituições de cuidado fora da região, quando necessário. Quando indicado, o planejamento das necessidades continuadas do paciente deve ser iniciado o mais cedo possível. A família é incluída no processo de planejamento da alta, sempre que apropriado para o paciente e para o atendimento de suas necessidades.

Quando a instituição permite que os pacientes deixem o hospital por um período de tempo determinado, por exemplo, uma licença de fim de semana, existe uma política e um procedimento para orientar esse processo.

Elementos de Mensuração de ACC.3

- ❑ 1. Os paciente são referidos e/ou recebem alta com base no seu estado de saúde e necessidade de continuidade do cuidado. *(ver também* AOP.1.10, EM 1; AOP.1.11, EM 1; e GLD.6.1, EM 3)
- ❑ 2. As condições de alta do paciente são determinadas por critérios pertinentes ou indicações que garantam a segurança do paciente.
- ❑ 3. Quando indicado, o planejamento da referência e/ou alta começa no início do processo de cuidado e, quando apropriado, inclui a família. *(ver também* AOP.1.11, EM 2; AOP.2, EM 2; e PFR.2, EM 1)
- ❑ 4. Os pacientes são referidos e/ou recebem alta de acordo com suas necessidades. *(ver também* AOP.1.10, EM 2; AOP.1.11, EM 2; e AOP.2, EM 2)
- ❑ 5. A política institucional orienta o processo quando, durante o curso planejado do seu tratamento, os pacientes são autorizados a sair de licença por um período de tempo definido.

Padrão ACC.3.1

A instituição coopera com os profissionais de saúde e com órgãos externos para assegurar referências oportunas e apropriadas.

Propósito de ACC.3.1

A referência oportuna para um profissional ou para uma instituição ou órgão que irá melhor atender às necessidades de cuidado continuado do paciente requer um planejamento. A instituição se familiariza com os serviços de saúde de sua comunidade para saber o tipo de pacientes atendidos e serviços oferecidos e estabelecer relações formais ou informais com esses prestadores. Quando recebe pacientes de outra comunidade, a instituição procura encaminhá-los para um profissional ou serviço qualificado na comunidade de seu domicílio.

Além disso, os pacientes podem precisar de serviços de apoio e de cuidados médicos após a alta. Por exemplo, os pacientes podem precisar de assistência social, nutricional, financeira, psicológica, ou outro suporte na alta. A disponibilidade e a utilização efetiva desses serviços de apoio poderão determinar, em grande medida, a necessidade de assistência médica continuada. O processo de planejamento da alta considera os tipos de serviços de apoio necessários e a disponibilidade desses serviços.

Elementos de Mensuração de ACC.3.1

- ❑ 1. O processo de planejamento da alta considera tanto a necessidade de serviços de apoio, quanto de serviços médicos continuados.
- ❑ 2. A instituição identifica os prestadores, instituições e indivíduos da comunidade mais afins aos serviços e à população atendida pelo hospital. *(ver também* PFE.3, EM 2)
- ❑ 3. As referências externas de pacientes para fora da instituição são feitas, sempre que possível, para indivíduos específicos e órgãos situados na comunidade de seu domicílio.
- ❑ 4. As referências são feitas, quando possível, para serviços de apoio.

Padrão ACC.3.2

Os prontuários clínicos dos pacientes internados contêm uma cópia do sumário de alta.

Propósito de ACC.3.2

No momento da alta, a instituição prepara um sumário da alta. Qualquer indivíduo qualificado para isto pode preparar o sumário de alta, como por exemplo, o médico assistente, o médico responsável pelo departamento ou um profissional administrativo.

A cópia do sumário de alta é inserida no prontuário do paciente. Uma cópia é entregue ao paciente e, se apropriado, aos seus familiares, quando indicado na política da instituição ou se for a prática comum, de acordo com a legislação e a cultura. O profissional que vai ser responsável pela continuidade do cuidado do paciente ou por seu acompanhamento também recebe uma cópia do sumário.

Elementos de Mensuração de ACC.3.2

- ❑ 1. No momento da alta, um indivíduo qualificado prepara um sumário da alta.
- ❑ 2. O sumário contém as instruções de acompanhamento.
- ❑ 3. Uma cópia do sumário de alta é incluída no prontuário do paciente.
- ❑ 4. A menos que contrarie a legislação, a cultura ou a política da instituição, o paciente recebe uma cópia do sumário de alta.
- ❑ 5. Uma cópia do sumário de alta é fornecida ao profissional responsável pela continuidade do cuidado ou acompanhamento do paciente.
- ❑ 6. Políticas e procedimentos definem o momento em que o sumário de alta deve ser preenchido e inserido no prontuário.

Padrão ACC.3.2.1

O sumário de alta dos pacientes internados é completo.

Propósito de ACC.3.2.1

O sumário de alta fornece uma visão geral da evolução do paciente durante sua permanência na instituição. O sumário pode ser usado pelo profissional responsável pelo acompanhamento do paciente. O sumário inclui o seguinte:

a) motivo da admissão, diagnósticos e comorbidades;
b) achados clínicos relevantes e outros achados;
c) procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados;
d) medicações importantes, inclusive as de alta (medicamentos a serem tomados em casa);
e) condições/estado do paciente na alta;
f) instruções relativas ao acompanhamento.

Elementos de Mensuração de ACC.3.2.1

- ❑ 1. O prontuário de alta contém o motivo da admissão, diagnósticos e comorbidades.
- ❑ 2. O prontuário de alta contém os achados clínicos relevantes e outros achados.
- ❑ 3. O prontuário de alta contém os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados.
- ❑ 4. O prontuário de alta contém as medicações importantes, inclusive as de alta.
- ❑ 5. O prontuário de alta contém as condições/estado do paciente na alta.
- ❑ 6. O prontuário de alta contém as instruções relativas ao acompanhamento.

Padrão ACC.3.3

Os prontuários clínicos dos pacientes externos que estão recebendo cuidados continuados contêm um sumário com todos os diagnósticos significativos, alergias medicamentosas, medicações em uso e quaisquer procedimentos cirúrgicos e hospitalizações anteriores.

Propósito de ACC.3.3

Quando a instituição fornece cuidados e tratamento continuados para pacientes externos, ao longo do tempo pode ocorrer um acúmulo de diagnósticos, medicações, e achados resultantes de histórias clínicas e exames físicos. É importante manter um sumário atualizado do caso, para facilitar a continuidade do cuidado ao paciente. O sumário contém, por exemplo:

- Diagnósticos significativos;
- Alergias medicamentosas;
- Medicações em uso;
- Cirurgias prévias;
- Hospitalizações passadas.

A instituição deve definir o formato e conteúdo do sumário e decidir para quais pacientes o sumário deve ser iniciado (por exemplo, pacientes vistos freqüentemente durante um longo período de tempo por problemas múltiplos, múltiplas consultas, múltiplas clínicas, e outras razões). A instituição também decide sobre o que configura um sumário atualizado, como o sumário é mantido e por quem.

Elementos de Mensuração de ACC.3.3

❑ 1. A instituição determina os pacientes para os quais um sumário será iniciado.
❑ 2. A instituição determina como o sumário é mantido e por quem.
❑ 3. A instituição determina o formato e conteúdo do sumário.
❑ 4. A instituição define o que configura um sumário atualizado.
❑ 5. Os prontuários clínicos contêm o sumário preenchido de acordo com a política institucional.

Padrão ACC.3.4

Os pacientes e, quando apropriado, seus familiares, recebem instruções compreensíveis sobre o seu acompanhamento.

Propósito de ACC.3.4

Para os pacientes que não são diretamente encaminhados ou transferidos para outro profissional de saúde, instruções claras sobre onde e como continuar o tratamento, são essenciais para assegurar ótimos resultados e todas as necessidades de cuidado sejam atendidas.

As instruções incluem nome e localização de unidades para continuidade do cuidado, quaisquer retornos à instituição para acompanhamento, e quando procurar atendimento de emergência. Os familiares são incluídos no processo quando as condições ou capacidades do paciente não permitirem sua compreensão das instruções de acompanhamento. As famílias também são incluídas quando desempenham um papel no processo de continuidade do cuidado.

A instituição fornece essas instruções ao paciente e, quando apropriado, aos seus familiares, em uma linguagem simples e compreensível. As instruções são fornecidas por escrito ou da forma mais compreensível para o paciente.

Elementos de Mensuração de ACC.3.4

❑ 1. Instruções de acompanhamento são fornecidas de modo e em formato que os pacientes e/ou seus familiares compreendam.
❑ 2. As instruções incluem qualquer retorno para acompanhamento.
❑ 3. As instruções incluem quando obter atendimento de urgência.
❑ 4. Os familiares recebem as instruções relativas ao cuidado, conforme necessário à condição do paciente.

Padrão ACC.3.5

A instituição tem um processo de gerenciamento e acompanhamento dos pacientes que deixam a instituição contrariando o aconselhamento médico.

Propósito de ACC.3.5

Quando pacientes internados ou externos decidem deixar o hospital contrariando o aconselhamento médico, existem riscos associados ao tratamento inadequado que pode resultar em lesão permanente ou morte. Os hospitais precisam entender as razões que levam os pacientes a se retirar contrariando o aconselhamento médico, para conseguir se comunicar melhor os mesmos. Se o paciente tem um médico de família conhecido da instituição, ele deve ser notificado pela instituição, a fim de reduzir os riscos de dano. O processo está de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

Elementos de Mensuração de ACC.3.5

- ❑ 1. Existe um processo de gerenciamento e acompanhamento dos pacientes internados e externos que se retiram contrariando o aconselhamento médico. (*ver também* PFR.2, EM 1 e PFR.2.2, propósito)
- ❑ 2. Quando existe um médico de família conhecido, o indivíduo é notificado. (*ver também* PFR.2.2, EMs 1 e 2)
- ❑ 3. O processo está de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

Transferência de Pacientes

Padrão ACC.4

Os pacientes são transferidos para outras instituições com base no seu estado e para atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

Propósito de ACC.4

A transferência de um paciente para outra instituição se baseia nas condições clínicas do paciente e em suas necessidades de continuidade do cuidado. A transferência pode ser necessária para atender a uma necessidade do paciente de consulta ou tratamento especializado, de serviços de urgência, de serviços de menor complexidade, como cuidado subagudo, ou de reabilitação de longa duração. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4) Um processo de transferência se faz necessário para garantir que a instituição que vai receber o paciente é capaz de atender a todas as necessidades de cuidados continuados. Esse processo inclui:

- como a responsabilidade é transferida entre prestadores e serviços;
- critérios de indicação de transferência para atender às necessidades do paciente;
- quem é responsável pelo paciente durante a transferência;
- que materiais e equipamentos são necessários durante a transferência; e
- o que deve ser feito nas situações nas quais a transferência para outro prestador não é possível.

Elementos de Mensuração de ACC.4

- ❑ 1. As transferências dos pacientes são baseadas nas suas necessidades de continuidade de cuidado. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4, e GLD. 6.1, EM 3)
- ❑ 2. O processo de transferência prevê como será transferida a responsabilidade pela continuidade do cuidado para outro profissional ou serviço. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4, e GLD. 6.1, EM 3)
- ❑ 3. O processo prevê quem é responsável pelo paciente durante a transferência e os materiais e equipamentos necessários durante o transporte. (*ver também* GLD. 6.1, EM 3)
- ❑ 4. O processo de transferência prevê as situações nas quais a transferência não é possível. (*ver também* GLD. 6.1, EM 3)
- ❑ 5. A transferência dos pacientes para outras instituições se dá de forma adequada. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4)

Padrão ACC.4.1

A instituição que refere o paciente se certifica de que a instituição que o recebe é capaz de atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

Propósito de ACC.4.1

Ao encaminhar um paciente, a instituição que o refere deve verificar se a instituição de referência oferece os serviços de que o paciente necessita e se tem capacidade para receber o paciente. Isto é feito em geral com bastante antecedência e a disposição para receber pacientes, bem como as condições de transferência estão descritas em um contrato formal ou acordo informal. Esta determinação prévia assegura a continuidade do cuidado e que as necessidades do paciente serão atendidas.

Elementos de Mensuração de ACC.4.1

- ❑ 1. A instituição que refere o paciente se certifica de que a instituição de referência pode atender às necessidades de continuidade do cuidado do paciente que será transferido.
- ❑ 2. Existem acordos formais ou informais mantidos entre as instituições de referência, quando as transferências para as mesmas são freqüentes. (*ver também* GLD. 3.3.1, propósito)

Padrão ACC.4.2

À instituição que recebe o paciente, é fornecido um sumário escrito das condições clínicas do paciente e das intervenções realizadas na instituição que procede a referência.

Propósito de ACC.4.2

Para assegurar a continuidade do cuidado, informações sobre o paciente são transferidas junto com ele. Uma cópia do sumário de alta ou outro resumo clínico escrito é fornecido à instituição que recebe o paciente. O sumário inclui as condições clínicas ou estado de saúde do paciente, os procedimentos e outras intervenções realizadas, e suas necessidades de cuidados continuados.

Elementos de Mensuração de ACC.4.2

- ❑ 1. As informações clínicas ou resumo clínico acompanham o paciente na transferência.
- ❑ 2. O sumário clínico inclui o estado de saúde do paciente.
- ❑ 3. O sumário clínico inclui os procedimentos e outras intervenções realizadas. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4)
- ❑ 4. O documento de transferência inclui as necessidades de cuidados continuados do paciente. (*ver também* ACC.1.1.1, EM 4)

Padrão ACC.4.3

Durante uma transferência direta, um profissional qualificado monitora as condições do paciente.

Propósito de ACC.4.3

A transferência de um paciente diretamente para outra instituição de saúde pode ser um processo breve, quando se trata de um paciente alerta e capaz de falar, ou pode envolver a locomoção de um paciente comatoso, que necessite de vigilância contínua por um médico ou enfermeiro. Qualquer que seja a situação, o paciente requer monitoramento, mas as qualificações do profissional que fará o monitoramento são consideravelmente diferentes. Portanto, a condição clínica e o estado de saúde do paciente determinam as qualificações do profissional que irá monitorá-lo durante a transferência.

Elementos de Mensuração de ACC.4.3

- ❑ 1. Todos os pacientes são monitorados durante transferências diretas.
- ❑ 2. As qualificações do profissional são apropriadas à condição do paciente.

Padrão ACC.4.4

O processo de transferência é documentado no prontuário do paciente.

Propósito de ACC.4.4

O prontuário de cada paciente transferido para outra instituição de saúde contém a documentação da transferência. A documentação inclui o nome da instituição e o nome do indivíduo que aceitou a transferência, o(s) motivo(s) da transferência e quaisquer condições especiais para a transferência (tais como quando o leito na instituição de referência estará disponível ou o estado de saúde do paciente). Além disso, é anotado se houve mudança nas condições clínicas ou estado de saúde do paciente durante a transferência (por exemplo, se o paciente morre ou precisa de ressuscitação). Qualquer outra documentação requerida pela política da instituição (por exemplo, uma assinatura do enfermeiro ou do médico que recebe o paciente, o nome do indivíduo que monitorou o paciente durante o transporte) é incluída no prontuário.

Elementos de Mensuração de ACC.4.4

- ❑ 1. Os prontuários dos pacientes transferidos contêm o nome da instituição e do indivíduo que aceitou receber o paciente.
- ❑ 2. Os prontuários dos pacientes transferidos contêm a documentação ou outras anotações conforme requerido pela política de transferência da instituição.
- ❑ 3. Os prontuários dos pacientes transferidos contêm as razões para a transferência.
- ❑ 4. Os prontuários dos pacientes transferidos contêm o registro de quaisquer condições relacionadas à transferência.
- ❑ 5. Os prontuários dos pacientes transferidos contêm quaisquer alterações na condição ou estado do paciente durante a transferência

---

Transporte

Padrão ACC.5

O processo de referência, transferência ou alta, tanto dos pacientes internados quanto externos, inclui o planejamento do atendimento às necessidades de transporte do paciente.

Propósito de ACC.5

O processo da instituição para referência, transferência ou alta dos pacientes inclui a identificação das necessidades de transporte do paciente. O tipo de transporte é variável e poderá se dar através da ambulância ou outros veículos do hospital, ou poderá ainda ser indicado ou provido pela família e/ou amigos do paciente. O tipo de transporte vai depender da condição clínica e do estado de saúde do paciente.

Quando os veículos de transporte são de propriedade do hospital, devem estar de acordo com as leis e regulamentos relacionados à sua operação, condição e manutenção. A instituição define as situações em que existe risco de infecção e implementa ações para reduzir este risco. (*ver também* o capítulo PCI para conformidade com padrões de controle de infecção) As drogas, medicações e outros materiais necessários no veículo estão de acordo com os tipos de pacientes transportados.

Por exemplo, o processo de simplesmente transportar pacientes geriátricos de casa para uma consulta clínica é muito diferente de transferir um paciente portador de uma doença infecciosa ou transferir pacientes queimados para outro hospital.

Se o hospital utiliza serviços de transporte terceirizados, ele deve assegurar que a empresa contratada atenda aos mesmos padrões relativos à segurança do paciente e do veículo.

Em todas as situações, o hospital monitora a qualidade e a segurança dos serviços de transporte. Isto inclui receber, avaliar e responder a queixas relativas ao transporte fornecido ou providenciado.

Elementos de Mensuração de ACC.5

- ❑ 1. Existe uma avaliação das necessidades de transporte, sempre que um paciente é referido para outra fonte de cuidado, transferido para outra instituição de saúde ou está pronto para ser liberado de alta de uma internação ou após uma consulta como paciente externo.
- ❑ 2. O transporte fornecido ou providenciado é apropriado às necessidades e condições do paciente.
- ❑ 3. Os veículos de transporte de propriedade do hospital estão de acordo com as leis e regulamentos pertinentes, relativos à sua operação, condição e manutenção.
- ❑ 4. Os serviços de transporte contratados atendem às exigências do hospital, no que se refere à qualidade e segurança do transporte. (*ver também* GLD. 3.3.1, propósito)
- ❑ 5. Todos os veículos utilizados para transporte, contratados ou de propriedade do hospital, têm os equipamentos, suprimentos e medicações apropriados para atender às necessidades do paciente que vai ser transportado.
- ❑ 6. Existe um processo implementado para monitorar a qualidade e segurança do transporte fornecido ou providenciado pelo hospital, incluindo um processo de gerenciamento de queixas.
  (*ver também* GLD. 3.3.1, propósito)

Direito dos Pacientes e Familiares (PFR)

Apresentação

Cada paciente é único, com suas próprias necessidades, capacidades, valores e crenças. As instituições de saúde trabalham para estabelecer com os pacientes uma comunicação aberta e de confiança e para compreender e proteger os valores culturais, psicossociais e espirituais de cada paciente.

Os resultados do cuidado melhoram quando os pacientes e, quando apropriado, seus familiares ou aqueles que tomam decisões em seu nome são envolvidos nos processos e nas decisões sobre os cuidados, de acordo com suas expectativas culturais.

A promoção dos direitos do paciente em uma instituição de saúde começa com a definição desses direitos e se continua com a educação dos pacientes e profissionais sobre esses direitos. Os pacientes são informados sobre seus direitos e sobre como agir em relação a eles. Os profissionais são preparados para compreender e respeitar as crenças e valores dos pacientes, e para tratá-los com consideração e respeito, protegendo sua dignidade.

Este capítulo aborda os processos para:

- identificar, proteger e promover os direitos do paciente;
- informar os pacientes sobre seus direitos;
- incluir os familiares do paciente, quando apropriado, nas decisões sobre seu cuidado;
- obter consentimento informado; e
- educar os profissionais quanto aos direitos do paciente.

A forma como esses processos são conduzidos na instituição depende da legislação e das normas vigentes no país e de quaisquer outras convenções, tratados ou acordos internacionais de direitos humanos endossados pelo país.

Estes processos estão relacionados à maneira pela qual a instituição promove a prestação dos cuidados com equidade, considerando a estrutura do sistema de saúde e os mecanismos de financiamento da saúde no país. Este capítulo também trata dos direitos dos pacientes e familiares relacionados à pesquisa e à doação e transplante de órgãos e tecidos.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Mais informações sobre esses padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

PFR.1 A instituição é responsável pelo estabelecimento de processos de apoio aos direitos dos pacientes e de seus familiares durante a prestação do cuidado.

PFR.1.1 O cuidado prestado na instituição considera e respeita as crenças e valores do paciente.

PFR.1.1.1 A instituição tem um processo para responder às solicitações do paciente e de sua família, relativas a serviços pastorais, ou pedidos similares, relacionados às crenças espirituais e religiosas do paciente.

PFR.1.2 A necessidade de privacidade do paciente durante o processo de cuidado é respeitada.

PFR.1.3 A instituição adota medidas para proteger os pertences do paciente contra perda ou furto.

PFR.1.4 Os pacientes são protegidos contra agressão física.

PFR.1.5 As crianças, os indivíduos deficientes, os idosos e outras populações em risco recebem proteção apropriada.

PFR.1.6 As informações sobre o paciente são tratadas de forma confidencial.

PFR.2 A instituição apóia o direito dos pacientes e familiares de participar no processo do cuidado.

PFR.2.1 A instituição informa os pacientes e familiares, com método e linguagem que eles possam compreender, sobre o processo através do qual eles serão comunicados sobre as condições clínicas e quaisquer diagnósticos confirmados, como serão informados sobre os cuidados e tratamentos planejados, e como podem participar nas decisões sobre o cuidado, até o ponto em que desejarem.

PFR.2.1.1 A instituição informa aos pacientes e seus familiares sobre como serão comunicados a respeito dos resultados do cuidado e do tratamento, incluindo resultados não previstos e sobre quem irá informá-los.

PFR.2.2 A instituição informa aos pacientes seus direitos e responsabilidades relacionados à recusa ou interrupção do tratamento.

PFR.2.3 A instituição respeita os desejos e preferências do paciente em submeter-se ou não a medidas de ressuscitação ou a outros tratamentos de sustentação da vida.

PFR.2.4 A instituição apóia o direito do paciente à avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada.

PFR.2.5 A instituição apóia o direito do paciente à assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida.

PFR.3 A instituição informa aos pacientes e seus familiares os processos existentes para receber e agir no caso de reclamações, conflitos e divergências de opinião sobre o cuidado e sobre o direito do paciente de participar desses processos.

PFR.4 Os profissionais da instituição são educados sobre seu papel na identificação das crenças e valores dos pacientes e na proteção dos direitos dos pacientes.

PFR.5 Todos os pacientes são informados sobre seus direitos e responsabilidades de uma maneira e em uma linguagem que possam compreender.

Consentimento Informado

PFR.6 O consentimento informado do paciente é obtido através de um processo definido pela instituição e implementado por profissionais treinados, em uma linguagem que o paciente possa compreender.

PFR.6.1 Os pacientes e seus familiares recebem informações adequadas sobre a doença, o(s) tratamento(s) proposto(s) e os prestadores de cuidado, para que possam tomar decisões sobre o cuidado.

PFR.6.2 A instituição estabelece um processo, de acordo com a cultura e a legislação vigentes, para as situações nas quais alguém, que não o paciente, possa dar o consentimento.

PFR.6.3 Quando é solicitado um consentimento geral, no momento da internação do paciente ou do seu primeiro registro na instituição como paciente externo, o escopo e os limites desse consentimento geral estão claramente definidos.

PFR.6.4 Um consentimento informado é obtido antes de cirurgia, anestesia, utilização de sangue e hemoderivados e outros tratamentos e procedimentos de alto risco.

PFR.6.4.1 A instituição lista as categorias ou tipos de tratamentos e procedimentos que requerem consentimento informado específico.

Pesquisa

PFR.7 A instituição informa os pacientes e seus familiares sobre como ter acesso à pesquisa clínica, investigações ou ensaios clínicos envolvendo seres humanos.

PFR.7.1 A instituição informa aos pacientes e seus familiares sobre como os pacientes que decidem participar de pesquisas, investigações ou ensaios clínicos são protegidos.

PFR.8 O consentimento informado é obtido antes da participação do paciente em pesquisas clínicas, investigações ou ensaios.

PFR.9 A instituição tem um comitê ou outra forma de supervisionar todas as atividades de pesquisa envolvendo sujeitos humanos.

Doação de Órgãos

PFR.10 A instituição informa ao paciente e seus familiares sobre como doar órgãos e outros tecidos.

PFR.11 A instituição realiza supervisão das atividades de coleta e transplante de órgãos e tecidos.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Padrão PFR.1

A instituição é responsável pelo estabelecimento de processos de apoio aos direitos dos pacientes e de seus familiares durante a prestação do cuidado.

Propósito de PFR.1

Os líderes da instituição são primariamente responsáveis pela forma como seus pacientes são tratados. Assim, os líderes precisam conhecer e compreender os direitos do paciente e seus familiares e as responsabilidades de sua instituição, expressas em leis e regulamentos. Os líderes definem diretrizes para assegurar que os profissionais de toda a instituição assumam a responsabilidade de proteger esses direitos. Para proteger e promover efetivamente os direitos do paciente, os líderes trabalham de forma colaborativa e procuram compreender suas responsabilidades em relação à comunidade atendida pela instituição.

A instituição respeita o direito do paciente e, em certos casos, o direito da família do paciente, de determinar as informações relativas ao seu cuidado, que serão transmitidas à família ou a outras pessoas, e em que circunstâncias. Por exemplo, o paciente pode não querer compartilhar um diagnóstico com a família.

Os direitos do paciente e seus familiares são um elemento fundamental em todos os contatos entre a instituição, seus profissionais e os pacientes e familiares. Assim, a instituição desenvolve e implementa políticas e procedimentos para garantir que todo o corpo profissional conheça e respeite os direitos dos pacientes e seus familiares, quando interagem e cuidam desses pacientes. A instituição desenvolve essas políticas e procedimentos através de um processo colaborativo e inclusivo que, quando apropriado, inclui os pacientes e familiares.

Elementos de Mensuração de PFR.1

- ❑ 1. Os líderes da instituição trabalham colaborativamente para proteger e promover os direitos do paciente e familiares.
- ❑ 2. Os líderes compreendem os direitos do paciente e familiares, expressos nas leis e regulamentos e relativos às práticas culturais da comunidade ou dos pacientes atendidos. (*ver também* GLD.6, EM 1)
- ❑ 3. A instituição respeita os direitos do paciente e, em certos casos, o direito da família do paciente, de determinar quais informações relativas ao seu cuidado serão transmitidas à família ou a outras pessoas, e sob que circunstâncias.
- ❑ 4. Os profissionais da instituição conhecem as políticas e procedimentos referentes aos direitos dos pacientes e são capazes de explicar suas responsabilidades na proteção a esses direitos.
- ❑ 5. Políticas e procedimentos orientam e dão suporte aos direitos do paciente e familiares na instituição.

Padrão PFR.1.1

O cuidado prestado na instituição considera e respeita as crenças e valores do paciente.

Padrão PFR.1.1.1

A instituição tem um processo para responder às solicitações do paciente e de sua família, relativas a serviços pastorais, ou pedidos similares, relacionados às crenças espirituais e religiosas do paciente.

Propósito de PFR.1.1 e PFR.1.1.1

Cada paciente traz seu próprio conjunto de crenças e valores para o processo do cuidado. Alguns desses valores e crenças são comuns a todos os pacientes, em geral aqueles de origem cultural e religiosa. Outros são individuais. Todos os pacientes são encorajados a expressar suas crenças de uma forma que respeite as crenças dos outros.

Crenças e valores fortemente estabelecidos podem ter impacto significativo no processo de cuidado e na resposta do paciente ao tratamento. Por isso, cada profissional de saúde deve procurar situar os cuidados e serviços prestados no contexto das crenças e valores do paciente.

Quando um paciente ou familiar manifesta o desejo ou necessidade de falar com uma pessoa relacionada às suas necessidades religiosas ou espirituais, a instituição tem um processo definido para responder à essa solicitação. O processo pode envolver religiosos do corpo profissional da instituição, religiosos da comunidade local ou de fontes referidas pela família do paciente. O processo de resposta a esse tipo de solicitação é mais complexo quando, por exemplo, a instituição ou o país não "reconhece" oficialmente e/ou não dispõe de recursos relativos à religião ou crença relacionada à solicitação recebida.

Elementos de Mensuração de PFR.1.1

- ❑ 1. Há um processo para identificar e respeitar as crenças e valores do paciente e, quando aplicável, aquelas da família do paciente. *(ver também* PFE.2.1 EM 1 e COP.7 EM 1)
- ❑ 2. Os profissionais utilizam o processo e prestam cuidado respeitando às crenças e valores do paciente.

Elementos de Mensuração de PFR.1.1.1

- ❑ 1. A instituição tem um processo definido para responder às solicitações rotineiras, e também as complexas, relativas a apoio religioso ou espiritual.
- ❑ 2. A instituição responde às solicitações de apoio religioso ou espiritual.

Padrão PFR.1.2

A necessidade de privacidade do paciente durante o processo de cuidado é respeitada.

Propósito de PFR.1.2

A privacidade do paciente é importante, em especial durante a consulta clínica, na realização de exames, procedimentos/tratamentos, e durante o transporte. Os pacientes podem desejar privacidade em relação a outros profissionais, outros pacientes e até mesmo familiares. Além disso, os pacientes podem não desejar serem fotografados, filmados, ou participar de entrevistas por ocasião da avaliação de acreditação. Embora existam algumas estratégias gerais, com a finalidade de respeitar a privacidade de todos os pacientes, alguns pacientes podem ter expectativas e necessidades diferentes ou adicionais, dependendo da situação e essas expectativas e necessidades podem mudar, ao longo do tempo. Portanto, no desempenho de suas atividades assistenciais, os profissionais procuram saber as expectativas e necessidades de privacidade dos pacientes, em relação ao processo de cuidado. Essa comunicação entre o profissional e o seu paciente é a base de uma relação aberta e de confiança e não precisa estar documentada.

Elementos de Mensuração de PFR.1.2

- ❑ 1. Os profissionais identificam as expectativas e necessidades de privacidade do paciente durante o processo de cuidado. *(ver também* PFR.2.5)
- ❑ 2. As solicitações de privacidade dos pacientes são respeitadas para todas as consultas clínicas, realização de exames, procedimentos/tratamentos, e transporte.

Padrão PFR.1.3

A instituição adota medidas para proteger os pertences do paciente contra perda ou furto.

Propósito de PFR.1.3

A instituição comunica suas responsabilidades aos pacientes e seus familiares, quando existirem, com relação aos pertences do paciente. Quando a instituição assume a responsabilidade em relação a algum ou a todos os pertences do paciente, trazidos para a instituição, existe um processo para registrar esses pertences e garantir que não serão perdidos ou furtados. Esse processo considera os pertences dos pacientes da emergência, dos pacientes que vão realizar cirurgias no mesmo dia, dos pacientes internados, e os pertences dos pacientes incapacitados para providenciar uma guarda alternativa e/ou para tomar decisões relativas aos seus pertences.

Elementos de Mensuração de PFR.1.3

- ❑ 1. A instituição define seu nível de responsabilidade pelos pertences do paciente.
- ❑ 2. Os pacientes recebem informação sobre a responsabilidade da instituição na proteção de seus pertences pessoais.
- ❑ 3. Quando a instituição assume a responsabilidade ou quando o paciente não pode assumi-la, os pertences do paciente são guardados em segurança.

Padrão PFR.1.4

Os pacientes são protegidos contra agressão física.

Propósito de PFR.1.4

A instituição é responsável por proteger os pacientes da agressão física de visitantes, de outros pacientes e de profissionais. Isto é especialmente importante para recém nascidos e crianças, os idosos e outros incapazes de se proteger ou pedir ajuda. A instituição procura prevenir a agressão através de processos tais como a investigação de indivíduos na instituição sem identificação, o monitoramento de áreas remotas ou isoladas e a resposta rápida àqueles que possam estar em risco de sofrer agressão.

Elementos de Mensuração de PFR.1.4

- ❑ 1. A instituição tem um processo para proteger os pacientes de agressão.
- ❑ 2. Os recém nascidos, as crianças, os idosos e outros menos capazes ou incapazes de se proteger ou pedir ajuda estão incluídos no processo.
- ❑ 3. Os indivíduos sem identificação são investigados.
- ❑ 4. As áreas remotas ou isoladas da instituição são monitoradas.

Padrão PFR.1.5

As crianças, indivíduos deficientes, os idosos e outras populações em risco recebem proteção apropriada.

Propósito de PFR.1.5

Cada instituição identifica seus grupos de pacientes vulneráveis e de risco e estabelece processos para proteger os direitos desses indivíduos. Os grupos de pacientes vulneráveis e a responsabilidade da instituição para com esses grupos podem ser identificados em leis ou regulamentos. Os profissionais da instituição compreendem suas responsabilidades nesses processos. Pelo menos as crianças, os deficientes, os idosos e outros pacientes de risco são protegidos. Quando presentes na instituição, também são incluídos os pacientes comatosos e aqueles com incapacidade mental ou emocional. Essa proteção abrange, além daquela contra a agressão física, proteção contra abuso, negligência, recusa de prestação de serviços e assistência em caso de incêndio.

Elementos de Mensuração de PFR.1.5

- ❑ 1. A instituição identifica seus grupos de pacientes vulneráveis. *(ver também* COP.3.1 até COP.3.9)
- ❑ 2. As crianças, os indivíduos deficientes, os idosos e outros identificados pela instituição são protegidos. *(ver também* COP.3.8)
- ❑ 3. Os profissionais da instituição compreendem suas responsabilidades no processo de proteção.

Padrão PFR.1.6

As informações sobre o paciente são tratadas de forma confidencial.

Propósito de PFR.1.6

Sempre que são coletadas e documentadas informações médicas e outras informações de saúde, estas são importantes para compreender o paciente e suas necessidades, e para a prestação de cuidados e serviços ao longo do tempo. Essas informações podem estar em papel ou em formato eletrônico, ou uma combinação dos dois. A instituição respeita essas informações como confidenciais e implementou políticas e procedimentos para protegê-las de perda ou uso indevido. As políticas e procedimentos refletem as informações divulgadas, conforme requerido pelas leis e regulamentos.

Os profissionais respeitam a confidencialidade do paciente, não expondo informações confidenciais na porta do quarto do paciente ou no posto de enfermagem e não mantendo discussões relacionadas ao paciente em lugares públicos. Os profissionais têm conhecimento das leis e regulamentos que regem a confidencialidade da informação e comunicam ao paciente a forma como a instituição respeita a confidencialidade da informação. Os pacientes são também informados sobre quando e em que circunstâncias as informações poderão ser divulgadas e como sua permissão será obtida.

A instituição tem uma política que indica se os pacientes têm acesso às informações sobre sua saúde e o processo para ter acesso, quando permitido. *(ver também* MCI.10, EM 2 e MCI.16, propósito)

Elementos de Mensuração de PFR.1.6

- ❑ 1. Os pacientes são informados sobre como suas informações serão mantidas como confidenciais e sobre as leis e regulamentos que requerem a divulgação e/ou a confidencialidade das informações de pacientes.
- ❑ 2. Quando a divulgação de informações não for um requisito legal, é solicitada a permissão do paciente.
- ❑ 3. A instituição respeita como confidenciais as informações sobre a saúde do paciente.

Padrão PFR.2

A instituição apóia o direito dos pacientes e familiares de participar no processo do cuidado.

Propósito de PFR.2

Os pacientes e familiares participam do processo de cuidado tomando decisões sobre o cuidado, fazendo perguntas sobre o cuidado e até recusando procedimentos diagnósticos e tratamento. A instituição promove e apóia a participação do paciente e de seus familiares em todos os aspectos do cuidado, através da elaboração e implementação de políticas e procedimentos pertinentes. Políticas e procedimentos dão suporte ao direito do paciente a buscar uma segunda opinião sem medo de que isto comprometa o seu cuidado dentro ou fora da instituição. Todos os profissionais da instituição recebem treinamento sobre essas políticas e procedimentos e sobre seu papel na promoção dos direitos dos pacientes e familiares de participar no processo de cuidado.

Elementos de Mensuração de PFR.2

- ❑ 1. A instituição desenvolve políticas e procedimentos para apoiar e promover a participação do paciente e de seus familiares nos processos de cuidado.
  (ver também ACC.2, EM 4; ACC.3.5, EM 1; COP.7.1, EM 5; PFE.2, EM 5; PFE.5, EM 2; PFR.2; e ACC.3, EM 3)

Direitos dos Pacientes e Familiares (PFR)

- ❑ 2. Políticas e procedimentos dão suporte ao direito do paciente a buscar uma segunda opinião sem medo de que isto comprometa o seu cuidado dentro ou fora da instituição.
- ❑ 3. Os profissionais da instituição recebem treinamento sobre essas políticas e procedimentos e sobre o seu papel no apoio à participação do paciente e de seus familiares no processo de cuidado.

Padrão PFR.2.1

A instituição informa os pacientes e familiares, com método e linguagem que eles possam compreender, sobre o processo através do qual eles serão comunicados sobre as condições clínicas e quaisquer diagnósticos confirmados, como serão informados sobre os cuidados e tratamentos planejados, e como podem participar nas decisões sobre o cuidado, até o ponto em que desejarem.

Propósito de PFR.2.1

Para que o paciente e seus familiares participem das decisões sobre o cuidado, eles precisam de informações básicas sobre as condições clínicas encontradas durante a avaliação, incluindo qualquer diagnóstico confirmado, se for o caso, e sobre o cuidado e tratamento propostos. O paciente e seus familiares compreendem quando lhes serão dadas essas informações e quem é a pessoa responsável por fornecê-las. Os pacientes e seus familiares compreendem os tipos de decisões que precisam ser tomadas sobre o cuidado e como participar dessas decisões. Além disso, o paciente e seus familiares precisam entender o processo adotado pela instituição para obter consentimento, assim como os processos de cuidado, exames, procedimentos e tratamentos que necessitam de seu consentimento.

Embora alguns pacientes possam preferir não tomar conhecimento de um diagnóstico confirmado ou participar de decisões sobre seu cuidado, a eles é dada esta oportunidade e eles podem escolher participar por intermédio de um familiar, amigo ou outra pessoa por ele designada. (*ver também* PFE.5, EM 3)

Elementos de Mensuração de PFR.2.1

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares compreendem como e quando serão informados sobre suas condições clínicas e sobre quaisquer diagnósticos confirmados, quando apropriado. *(ver também* AOP.4.1, EM 2 e PFE.2, EM 6)
- ❑ 2. Os pacientes e seus familiares compreendem como e quando serão informados sobre os cuidados e tratamentos planejados. *(ver também* AOP.4.1, EM 3 e ACC.2, EM 4).
- ❑ 3. Os pacientes e seus familiares compreendem quando o consentimento será solicitado e o processo utilizado para dar consentimento. *(ver também* PFE.2, EM 4)
- ❑ 4. Os pacientes e seus familiares compreendem seu direito de participar das decisões sobre o cuidado até o ponto em que desejarem. *(ver também* PFR.2, EM 1; AOP.4.1, EM 3; COP.7.1, EM 5; ACC.3, EM 3; e PFE.2, EM 7).

Padrão PFR.2.1.1

A instituição informa aos pacientes e seus familiares sobre como serão comunicados a respeito dos resultados do cuidado e do tratamento, incluindo resultados não previstos e sobre quem irá informá-los.

Propósito de PFR.2.1.1

Durante o processo de cuidado, os pacientes e, quando apropriado seus familiares, têm o direito de serem informados sobre os resultados do cuidado e tratamento. É também importante que eles sejam informados sobre quaisquer resultados não previstos do cuidado ou tratamento, tais como eventos inesperados durante a cirurgia ou com os medicamentos ou outros tratamentos prescritos. Deve ficar claro para o paciente como ele será informado e quem irá lhe informar sobre quaisquer resultados esperados ou imprevistos.

Elementos de Mensuração de PFR.2.1.1

❑ 1. Os pacientes e seus familiares compreendem como serão informados e quem irá informá-los sobre os resultados do cuidado e tratamento. *(ver também* COP.2.4, EM 1)

❑ 2. Os pacientes e seus familiares compreendem como serão informados e quem irá informá-los sobre quaisquer resultados inesperados do cuidado e tratamento. *(ver também* COP.2.4, EM 2)

Padrão PFR.2.2

A instituição informa aos pacientes seus direitos e responsabilidades relacionados à recusa ou interrupção do tratamento.

Propósito de PFR.2.2

Os pacientes, ou aqueles que tomam decisões por eles, podem decidir não prosseguir com o cuidado ou tratamento planejado, mesmo depois de iniciado. A instituição informa aos pacientes e familiares seu direito de tomar essas decisões, os resultados potenciais dessas decisões e suas responsabilidades relativas a essas decisões. Os pacientes e seus familiares são informados sobre quaisquer alternativas de cuidado e tratamento. (*ver também* ACC.3.5, EM 1)

Elementos de Mensuração de PFR.2.2

❑ 1. A instituição informa aos pacientes e familiares seus direitos de recusar ou interromper o tratamento. (*ver também* ACC.3.5, EM.2)

❑ 2. A instituição informa aos pacientes as conseqüências de suas decisões. (*ver também* ACC.3.5, EM.2)

❑ 3. A instituição informa aos pacientes e familiares suas responsabilidades relacionadas a essas decisões.

❑ 4. A instituição informa aos pacientes e familiares as alternativas de cuidado e tratamento disponíveis.

Padrão PFR.2.3

A instituição respeita os desejos e preferências do paciente em submeter-se ou não a medidas de ressuscitação ou a outros tratamentos de sustentação da vida.

Propósito de PFR.2.3

Entre as escolhas mais difíceis, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para os profissionais de saúde e as instituições, estão as decisões sobre a adoção de medidas de ressuscitação e a retirada ou recusa de tratamentos de sustentação de vida. Nenhum processo pode prever todas as situações em que tais decisões devem ser tomadas. Por esse motivo, é importante que a instituição desenvolva um arcabouço para tomar essas difíceis decisões. O arcabouço:

- ajuda a instituição a identificar sua posição nessas questões;
- assegura que a posição da instituição esteja de acordo com as normas culturais e religiosas de sua comunidade e com todos os requisitos legais e regulamentais, em especial quando existe conflito entre os requisitos legais para ressuscitação e os desejos do paciente;
- define as situações em que essas decisões são modificadas durante o cuidado; e
- orienta os profissionais de saúde, sob o ponto de vista ético e legal, quanto à realização dos desejos expressos pelo paciente.

Para garantir que o processo de tomada de decisão sobre o atendimento aos desejos expressos pelo paciente seja aplicado de maneira consistente, a instituição desenvolve políticas e procedimentos através de um processo que inclua muitos profissionais e contemple diversos pontos de vista. As políticas e procedimentos definem as linhas de prestação de contas e responsabilidades e a forma através da qual o processo é documentado no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de PFR.2.3

- ❑ 1. A instituição definiu sua posição sobre a adoção de medidas de ressuscitação e a recusa ou suspensão de tratamentos de sustentação da vida.
- ❑ 2. A posição da instituição está de acordo com as normas culturais e religiosas de sua comunidade e com todos os requisitos legais e regulamentais.
- ❑ 3. A instituição orienta os profissionais de saúde em questões éticas e legais relacionadas à realização dos desejos expressos pelo paciente.
- ❑ 4. As decisões do paciente/familiares sobre serviços de ressuscitação estão documentadas no prontuário clínico.
- ❑ 5. Políticas e procedimentos dão suporte a uma prática consistente.

Padrão PFR.2.4

A instituição apóia o direito do paciente à avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada.

Propósito de PFR.2.4

A dor é elemento comumente encontrado na experiência do paciente e a dor não aliviada tem efeitos físicos e psicológicos adversos. A resposta do paciente à dor está geralmente inserida no contexto das normas sociais e tradições culturais e religiosas. Portanto, os pacientes são encorajados e apoiados nos seus relatos de dor. Os processos de cuidado da instituição reconhecem e refletem o direito de todos os pacientes à avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada. *(ver também* COP.6)

Elementos de Mensuração de PFR.2.4

- ❑ 1. A instituição respeita e apóia o direito do paciente à avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada. (*ver também* COP.7.1, EM 1)
- ❑ 2. Os profissionais da instituição compreendem a influência dos aspectos pessoais, culturais e sociais no direito do paciente ao relato da dor e avaliam e gerenciam a dor de forma precisa.

Padrão PFR.2.5

A instituição apóia o direito do paciente à assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida.

Propósito de PFR.2.5

Os pacientes terminais têm necessidades particulares de cuidado respeitoso e com compaixão. A preocupação com o conforto e a dignidade do paciente orienta todos os aspectos do cuidado nos últimos estágios da vida. Para que isso ocorra, todos os profissionais precisam conhecer as necessidades particulares do paciente em final de vida. Essas necessidades incluem tratamento de sintomas primários e secundários, gerenciamento da dor *(ver também* AOP.1.7 e COP.6); resposta às preocupações psicológicas, sociais, emocionais, religiosas e culturais do paciente e de seus familiares (*ver também* PFR.1.1, PFR.1.1.1 e PFR.1.2); e envolvimento nas decisões sobre o cuidado *(ver também* COP.7, propósito).

Elementos de Mensuração de PFR.2.5

- ❑ 1. A instituição reconhece que os pacientes terminais têm necessidades particulares.
- ❑ 2. Os profissionais da instituição respeitam o direito dos pacientes terminais de ter suas necessidades consideradas no processo de cuidado.

Padrão PFR.3

A instituição informa aos pacientes e seus familiares os processos existentes para receber e agir no caso de reclamações, conflitos e divergências de opinião sobre o cuidado e sobre o direito do paciente de participar desses processos.

Propósito de PFR.3

Os pacientes têm o direito de expressar suas reclamações sobre o cuidado e de ter estas reclamações analisadas e resolvidas, sempre que possível. Além disso, decisões relativas ao cuidado podem gerar questões, conflitos ou outros dilemas para a instituição, para o paciente e seus familiares ou para outros tomadores de decisão. Esses dilemas podem ter origem em questões relativas ao acesso, ao tratamento ou à alta e podem ser extremamente difíceis de resolver quando, por exemplo, envolvem a suspensão de medidas de ressuscitação ou de outros tratamentos de sustentação da vida.

A instituição estabeleceu processos para buscar solucionar esses dilemas e reclamações. A instituição identifica, em suas políticas e procedimentos, os profissionais que devem ser envolvidos no encaminhamento dessas questões e define como o paciente e seus familiares participam.

Elementos de Mensuração de PFR.3

- ❑ 1. Os pacientes são informados sobre o processo para expressar reclamações, conflitos ou diferenças de opinião.
- ❑ 2. As reclamações, conflitos e diferenças de opinião são investigados pela instituição.
- ❑ 3. As reclamações, conflitos e diferenças de opinião que surgem durante o processo do cuidado são resolvidos.
- ❑ 4. Os pacientes e, quando apropriado, os familiares, participam do processo de resolução.
- ❑ 5. Políticas e procedimentos dão suporte a uma prática consistente.

Padrão PFR.4

Os profissionais da instituição são educados sobre seu papel na identificação das crenças e valores dos pacientes e na proteção dos direitos dos pacientes.

Propósito de PFR.4

A instituição educa todo o seu corpo profissional sobre os direitos do paciente e de seus familiares. Nessa educação é reconhecido o fato de que as crenças e valores do corpo profissional podem ser diferentes das do paciente sob seus cuidados. A educação contempla a forma como cada profissional participa na identificação das crenças e valores do paciente e como eles respeitam essas crenças e valores no processo do cuidado.

Elementos de Mensuração de PFR.4

- ❑ 1. Os profissionais da instituição compreendem seu papel na identificação das crenças e valores do paciente e de seus familiares e a forma como tais crenças e valores podem ser respeitados no processo do cuidado.
- ❑ 2. Os profissionais compreendem seu papel na proteção dos direitos do paciente e de seus familiares.

Padrão PFR.5

Todos os pacientes são informados sobre seus direitos e responsabilidades de uma maneira e em uma linguagem que possam compreender.

Propósito de PFR.5

A internação em uma instituição de saúde ou registro como paciente externo pode ser assustadora e confusa para os pacientes, tornando difícil a busca por seus direitos e a compreensão de suas responsabilidades no processo de cuidado. Portanto, a instituição prepara uma declaração escrita dos direitos e responsabilidades dos pacientes e de seus familiares, que lhes é entregue na sua admissão, quer se trate de internação ou de registro como paciente externo, e que está disponível a cada consulta ou ao longo de sua permanência hospitalar. Por exemplo, a declaração pode estar afixada na instituição.

A declaração é apropriada à idade, à compreensão e à linguagem do paciente. Quando a comunicação por escrito não é eficaz ou apropriada, o paciente e seus familiares são informados sobre seus direitos e responsabilidades de uma maneira e em uma linguagem que possam compreender. *(ver também* MCI.3, EM 1 e 2)

Elementos de Mensuração de PFR.5

- ❑ 1. Todos os pacientes recebem informação por escrito sobre seus direitos e responsabilidades.
- ❑ 2. A declaração dos direitos e responsabilidades é exposta ou está sempre disponível de alguma forma com os profissionais.
- ❑ 3. A instituição tem um processo para informar aos pacientes seus direitos e responsabilidades, quando a comunicação por escrito não é eficaz ou apropriada.

Consentimento Informado

Padrão PFR.6

O consentimento informado do paciente é obtido através de um processo definido pela instituição e implementado por profissionais treinados, em uma linguagem que o paciente possa compreender.

Propósito de PFR.6

Uma das principais formas de envolver os pacientes nas decisões sobre o seu cuidado é através do consentimento informado. Para fornecer esse consentimento, o paciente deve estar adequadamente informado sobre aqueles fatores relacionados ao cuidado proposto, que são necessários para uma decisão informada. O consentimento informado pode ser obtido em vários momentos do processo do cuidado. Por exemplo, o consentimento informado pode ser obtido quando o paciente é internado na instituição e antes de determinados procedimentos ou tratamentos para os quais o risco é elevado. O processo de consentimento está claramente definido nas políticas e procedimentos da instituição. As políticas e procedimentos estão de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

Os pacientes e seus familiares são informados sobre quais exames, procedimentos e tratamentos requerem consentimento e sobre como dar seu consentimento (por exemplo, verbalmente, através da assinatura de um formulário de consentimento ou através de outros meios). Os pacientes e seus familiares compreendem quem, além do paciente, pode dar o consentimento. Profissionais indicados pela instituição são treinados para informar os pacientes e para obter e documentar o consentimento. (*ver também* PFR.8, propósito)

Elementos de Mensuração de PFR.6

- ❑ 1. A instituição tem um processo para obtenção do consentimento informado, claramente definido em suas políticas e procedimentos.
- ❑ 2. Profissionais indicados pela instituição são treinados para implementar essas políticas e procedimentos.
- ❑ 3. O consentimento informado do paciente é obtido de acordo com as políticas e procedimentos estabelecidos.

Padrão PFR.6.1

Os pacientes e seus familiares recebem informações adequadas sobre a doença, o(s) tratamento(s) proposto(s) e os prestadores de cuidado, para que possam tomar decisões sobre o cuidado.

Propósito de PFR.6.1

Os profissionais explicam claramente os tratamentos ou procedimentos propostos ao paciente e, quando apropriado, aos seus familiares. As informações fornecidas incluem:

a) as condições de saúde do paciente;
b) o(s) tratamento(s) proposto(s);
c) o nome da pessoa que prestou o tratamento;
d) potenciais benefícios e desvantagens;
e) alternativas possíveis;
f) probabilidade de sucesso;
g) possíveis problemas relacionados à recuperação; e
h) possíveis conseqüências da não realização do tratamento.

Os profissionais da instituição também informam ao paciente o nome do médico ou outro prestador de cuidado que seja diretamente responsável pelo seu cuidado ou que esteja autorizado a executar procedimentos ou tratamentos. Freqüentemente os pacientes têm indagações sobre a experiência do seu prestador de cuidados, tempo na instituição, e outras. A instituição precisa ter um processo para responder a solicitações adicionais dos pacientes, sobre o seu prestador de cuidados.

Elementos de Mensuração de PFR.6.1

- ❑ 1. Os pacientes são informados sobre os aspectos relacionados em a) até h), conforme pertinente à sua condição e ao tratamento planejado.
- ❑ 2. Os pacientes conhecem a identidade do médico ou outro profissional responsável pelo seu cuidado. *(ver também* ACC.2.1, EM 1)
- ❑ 3. Existe um processo para responder à solicitação do paciente de informações adicionais sobre o prestador responsável pelo seu cuidado.

Padrão PFR.6.2

A instituição estabelece um processo, de acordo com a cultura e a legislação vigentes, para as situações nas quais alguém, que não o paciente, possa dar o consentimento.

Propósito de PFR.6.2

Em algumas situações, pode se tornar necessário que outras pessoas, que não (ou além de) o paciente, estejam envolvidas nas decisões sobre o cuidado ao paciente. Isto é particularmente importante quando o paciente não tem capacidade física ou mental para tomar decisões sobre o cuidado, quando a cultura e os costumes requerem que outros tomem essas decisões ou quando o paciente é uma criança. Quando o paciente não pode tomar decisões sobre seu cuidado, outra pessoa responsável é identificada. Quando outra pessoa, que não o paciente, fornece o consentimento, seu nome é anotado no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de PFR.6.2

- ❑ 1. A instituição tem um processo para as situações em que outras pessoas podem fornecer o consentimento informado.
- ❑ 2. O processo respeita as leis, os costumes e a cultura.
- ❑ 3. Quando outros indivíduos, que não o paciente, fornecem o consentimento, seu nome é anotado no prontuário do paciente.

Padrão PFR.6.3

Quando é solicitado um consentimento geral, no momento da internação do paciente ou do seu primeiro registro na instituição como paciente externo, o escopo e os limites desse consentimento geral estão claramente definidos.

Propósito de PFR.6.3

Muitas instituições obtêm um consentimento geral (ao invés de confiar no consentimento implícito) para tratamento quando o paciente é internado na instituição ou registrado pela primeira vez como paciente externo. Quando um consentimento geral é obtido, os pacientes recebem informações sobre o escopo desse consentimento geral como, por exemplo, quais exames e tratamentos estão incluídos nesse consentimento geral. Além disso, os pacientes são informados sobre os exames e tratamentos que requerem um consentimento informado separado. O consentimento geral informa se estudantes e outros profissionais em treinamento participarão dos processos de cuidado. A instituição define de que forma o consentimento geral é documentado no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de PFR.6.3

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares são informados sobre o escopo do consentimento geral quando o mesmo é utilizado pela instituição.
- ❑ 2. A instituição definiu de que forma o consentimento geral, quando adotado, é documentado no prontuário do paciente.

Padrão PFR.6.4

Um consentimento informado é obtido antes de cirurgia, anestesia, utilização de sangue e hemoderivados e outros tratamentos e procedimentos de alto risco.

Propósito de PFR.6.4

Quando o cuidado planejado inclui procedimentos cirúrgicos ou invasivos (incluindo sedação moderada e profunda), o uso de sangue e hemoderivados ou outros tratamentos ou procedimentos de alto risco, é obtido um consentimento separado. Este processo de consentimento contempla as informações identificadas no padrão PFR.6.1 e documenta a identidade do indivíduo que forneceu as informações.

Elementos de Mensuração de PFR.6.4

- ❑ 1. O consentimento é obtido antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos. *(ver também* ASC.7.1, propósito)
- ❑ 2. O consentimento é obtido antes da anestesia (incluindo sedação moderada e profunda). *(ver também* ASC.5.1, propósito e EM 1)
- ❑ 3. O consentimento é obtido antes da utilização de sangue e hemoderivados.
- ❑ 4. O consentimento é obtido antes de outros procedimentos e tratamentos de alto risco.
- ❑ 5. A identidade do indivíduo que forneceu as informações para o paciente e seus familiares é anotada no prontuário do paciente. *(ver também* PFR.8, EM 2)
- ❑ 6. O consentimento é documentado no prontuário do paciente através de assinatura ou do registro do consentimento verbal. *(ver também* PFR.8 EM 2)

Padrão PFR.6.4.1

A instituição lista as categorias ou tipos de tratamentos e procedimentos que requerem consentimento informado específico.

Propósito de PFR.6.4.1

Nem todos os tratamentos e procedimentos requerem um consentimento específico, em separado. Cada instituição identifica os procedimentos e tratamentos de alto risco, potencialmente problemáticos ou outros procedimentos e tratamentos para os quais deva ser obtido consentimento. A instituição lista esses procedimentos e tratamentos e educa os profissionais para garantir que o processo de obtenção de consentimento seja consistente. A lista é desenvolvida de forma colaborativa pelos médicos e outros profissionais que prescrevem os tratamentos ou executam os procedimentos. A lista inclui os procedimentos e tratamentos prestados aos pacientes externos e aos pacientes internados.

Elementos de Mensuração de PFR.6.4.1

- ❑ 1. A instituição listou os procedimentos e tratamentos que requerem consentimento separado.
- ❑ 2. A lista é desenvolvida de forma colaborativa pelos médicos e outros profissionais que prescrevem os tratamentos ou executam os procedimentos.

Pesquisa

Padrão PFR.7

A instituição informa os pacientes e seus familiares sobre como ter acesso à pesquisa clínica, investigações ou ensaios clínicos envolvendo seres humanos.

Propósito de PFR.7

Uma instituição que realiza pesquisa clínica, investigações clínicas ou ensaios clínicos envolvendo seres humanos, fornece informações aos pacientes e seus familiares sobre como ter acesso a essas atividades, quando relevante para as necessidades de tratamento do paciente. Quando os pacientes são solicitados a participar, precisam de informações que possam embasar sua decisão. Essas informações incluem:

- benefícios esperados;
- riscos e desconfortos potenciais;
- alternativas que também possam ajudá-lo; e
- procedimentos que devam ser seguidos.

Os pacientes são informados de que podem recusar-se a participar ou desistir de participar e que sua recusa ou desistência não comprometerá o seu acesso aos serviços da instituição.

A instituição tem políticas e procedimentos para fornecer essas informações aos pacientes.

Elementos de Mensuração de PFR.7

❑ 1. Os pacientes apropriados e seus familiares são identificados e informados sobre como ter acesso às pesquisas, investigações ou ensaios clínicos relevantes para suas necessidades de tratamento.
❑ 2. Os pacientes solicitados a participar são informados sobre os benefícios esperados.
❑ 3. Os pacientes solicitados a participar são informados sobre potenciais desconfortos e riscos.
❑ 4. Os pacientes solicitados a participar são informados sobre alternativas que também possam ajudá-los.
❑ 5. Os pacientes solicitados a participar são informados sobre os procedimentos que devem ser seguidos.
❑ 6. Os pacientes têm a garantia de que sua recusa à participação ou desistência da participação não prejudicará seu acesso aos serviços da instituição.
❑ 7. Políticas e procedimentos orientam os processos de informação e decisão.

Padrão PFR.7.1

A instituição informa aos pacientes e seus familiares sobre como os pacientes que decidem participar de pesquisas, investigações ou ensaios clínicos são protegidos.

Propósito de PFR.7.1

Uma instituição que realiza pesquisas, investigações ou ensaios clínicos envolvendo seres humanos sabe que sua responsabilidade primordial é com a saúde e o bem estar dos pacientes.

A instituição informa antecipadamente aos pacientes e seus familiares os processos estabelecidos para:

- análise dos protocolos de pesquisa;
- avaliação dos riscos e benefícios para o paciente;
- obtenção do consentimento do paciente; e
- desistência da participação.

Essas informações são comunicadas ao paciente e familiares para ajudá-los nas decisões relativas à participação.

Elementos de Mensuração de PFR.7.1

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares são informados sobre o processo adotado pela instituição para a análise dos protocolos de pesquisa.
- ❑ 2. Os pacientes e seus familiares são informados sobre o processo adotado pela instituição para avaliar os riscos e benefícios para o paciente.
- ❑ 3. Os pacientes e seus familiares são informados sobre o processo adotado pela instituição para a obtenção do consentimento.
- ❑ 4. Os pacientes e seus familiares são informados sobre o processo adotado pela instituição nos casos de desistência da participação.

Padrão PFR.8

O consentimento informado é obtido antes da participação do paciente em pesquisas clínicas, investigações ou ensaios.

Propósito de PFR.8

Quando o paciente e seus familiares decidem participar em pesquisa, investigação ou ensaio clínico, o consentimento informado é concedido. As informações fornecidas no momento em que o paciente decide participar servem de base para o consentimento informado (*ver também* PFR.6, propósito). O (s) profissional (is) que fornece (m) as informações e obtêm o consentimento têm seu nome registrado no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de PFR.8

- ❑ 1. O consentimento informado é obtido quando o paciente decide participar em pesquisa, investigação ou ensaio clínico.
- ❑ 2. As decisões de consentimento são documentadas, datadas e baseadas nas informações identificadas no padrão PFR.6.4, EM 5 e 6.
- ❑ 3. O nome do profissional (is) que fornece (m) as informações e obtêm o consentimento é registrado no prontuário do paciente.
- ❑ 4. O consentimento é documentado no prontuário do paciente através de assinatura ou do registro do consentimento verbal.

Padrão PFR.9

A instituição tem um comitê ou outra forma de supervisionar todas as atividades de pesquisa realizadas na instituição, envolvendo sujeitos humanos.

Propósito de PFR.9

Quando a instituição realiza pesquisas clínicas, investigações ou ensaios clínicos que envolvem seres humanos é instituído um comitê ou outro mecanismo para supervisionar todas essas atividades na instituição. A instituição define o propósito das atividades de supervisão. As atividades de supervisão incluem o processo de análise de todos os protocolos de pesquisa, um processo para avaliar os riscos relativos e benefícios para os sujeitos e processos relativos à confidencialidade e à segurança das informações relativas à pesquisa.

Elementos de Mensuração de PFR.9

- ❑ 1. A instituição tem um comitê ou outro mecanismo para supervisionar todas as atividades de pesquisa realizadas na instituição.
- ❑ 2. A instituição define propósitos claros para as atividades de supervisão.
- ❑ 3. As atividades de supervisão incluem um processo de análise.
- ❑ 4. As atividades de supervisão incluem o processo de avaliação de riscos relativos e benefícios para os sujeitos.
- ❑ 5. As atividades de supervisão incluem o processo de garantia da confidencialidade e segurança das informações relativas à pesquisa.

Doação de Órgãos

Padrão PFR.10

A instituição informa ao paciente e seus familiares sobre como doar órgãos e outros tecidos.

Propósito de PFR.10

A instituição apóia as escolhas dos pacientes e de seus familiares, relativas à doação de órgãos e de outros tecidos para pesquisa ou transplante. A instituição informa o paciente e seus familiares sobre o processo de doação e se a instituição é um local de referência para alguma agência ou rede local, regional ou nacional.

Elementos de Mensuração de PFR.10

- ❑ 1. A instituição apóia as decisões do paciente e de seus familiares, referentes à doação de órgãos e outros tecidos.
- ❑ 2. A instituição fornece informações para dar suporte à escolha.

Padrão PFR.11

A instituição realiza supervisão das atividades de coleta e transplante de órgãos e tecidos.

Propósito de PFR.11

As políticas estão de acordo com as leis e regulamentos[1] e respeitam os valores religiosos e culturais da comunidade. Os profissionais da instituição são treinados para implementar as políticas e procedimentos de apoio às escolhas do paciente e de seus familiares. Os profissionais são treinados também no que se refere às questões e preocupações atuais relacionadas à doação de órgãos e à disponibilidade de transplantes (por exemplo, informações sobre falta de órgãos e de tecidos, compra e venda de órgãos no mercado negro, coleta de órgãos sem consentimento de prisioneiros executados e pacientes falecidos). A instituição tem a responsabilidade de garantir que um consentimento válido é recebido por doadores vivos e que existe um controle adequado para prevenir que os pacientes se sintam pressionados a doar. A instituição coopera com outras instituições e agências da comunidade, responsáveis pelos processos de obtenção, armazenamento, transporte ou transplante.

Elementos de Mensuração de PFR.11

- ❑ 1. Políticas e procedimentos orientam os processos de obtenção e doação.
- ❑ 2. Políticas e procedimentos orientam o processo de transplante.
- ❑ 3. Os profissionais são treinados nas políticas e procedimentos.
- ❑ 4. Os profissionais são treinados no que se refere às questões e preocupações atuais, relacionadas à doação de órgãos e à disponibilidade de transplantes.
- ❑ 5. A instituição obtém consentimento informado dos doadores vivos.
- ❑ 6. A instituição coopera com as organizações e agências da comunidade pertinentes, para que as escolhas de doação sejam respeitadas e implementadas.

[1] Em alguns países, a lei determina que, até determinação em contrário, todas as pessoas são doadoras de órgãos.

Avaliação dos Pacientes (AOP)

Apresentação

Um processo eficaz de avaliação do paciente resulta em decisões sobre as necessidades imediatas e continuadas de tratamento tanto para casos de emergência quanto eletivos ou planejados, mesmo quando as condições do paciente se alteram. A avaliação do paciente é um processo contínuo e dinâmico que ocorre em muitas clínicas, serviços e departamentos, quer se trate de pacientes internados quer de pacientes externos. A avaliação do paciente consiste de três processos básicos:

- Coleta de informações e de dados sobre as condições físicas, psicológicas e sociais do paciente e seu histórico de saúde;
- Análise dos dados e informações, incluindo os resultados de exames de laboratório e exames de diagnóstico por imagem, para identificar as necessidades de cuidado do paciente;
- Desenvolvimento de um plano de cuidado que atenda às necessidades identificadas no paciente.

A avaliação do paciente é adequada quando considera as condições do paciente, sua idade, suas necessidades de cuidado, e suas solicitações ou preferências. Esses processos são mais eficazes quando os vários profissionais de saúde responsáveis pelo paciente trabalham em conjunto.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

AOP.1 As necessidades de todos os pacientes atendidos pela instituição são identificadas através de um processo de avaliação estabelecido.

AOP.1.1 A instituição determinou o conteúdo mínimo das avaliações, com base nas leis e regulamentos aplicáveis e nos padrões profissionais.

AOP.1.2 A avaliação inicial de cada paciente inclui a avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, inclusive o exame físico e o histórico de saúde.

AOP.1.3 As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas na avaliação inicial do paciente e registradas no prontuário clínico.

AOP.1.3.1 A avaliação das necessidades de cuidados médicos e de enfermagem dos pacientes em situação de emergência é baseada em suas necessidades e condições.

AOP.1.4 As avaliações são concluídas no prazo estabelecido pela instituição.

AOP.1.4.1 As avaliações iniciais, médica e de enfermagem, são completadas nas primeiras 24 horas de internação do paciente, ou, antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política do hospital.

AOP.1.5 Os achados da avaliação estão documentados no prontuário do paciente e prontamente disponíveis para os responsáveis pelo cuidado ao paciente.

AOP.1.5.1 A avaliação médica inicial é documentada antes da anestesia ou de tratamentos cirúrgicos.

AOP.1.6 Os pacientes sofrem uma triagem para determinar seu estado nutricional e necessidades funcionais e, quando necessário, são referidos para avaliação adicional e tratamento.

AOP.1.7 Todos os pacientes, tanto internados como externos, são triados para dor e avaliados quando a triagem evidencia a presença de dor.

AOP.1.8 A instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para populações especiais por ela atendidas.

AOP.1.9 Os pacientes em final de vida e seus familiares são avaliados e reavaliados de acordo com suas necessidades, de forma individualizada.

AOP.1.10 A avaliação inicial inclui a necessidade de avaliações especializadas adicionais.

AOP.1.11 A avaliação inicial inclui a determinação da necessidade de um plano de alta.

AOP.2 Todos os pacientes são reavaliados com uma periodicidade baseada na sua condição e tratamento, para determinar a resposta ao tratamento e para planejar a continuidade do tratamento ou a alta.

AOP.3 Profissionais qualificados realizam as avaliações e reavaliações.

AOP.4 Médicos, enfermeiros e demais profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente colaboram para analisar e integrar as avaliações do paciente.

AOP.4.1 As necessidades mais urgentes ou importantes são identificadas.

Serviços de Laboratório

AOP.5 Serviços de laboratório estão disponíveis para atender às necessidades do paciente, e todos esses serviços estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

AOP.5.1 Um programa de segurança para laboratórios está instalado, é acompanhado e documentado.

AOP.5.2 Profissionais com qualificação apropriada e experiência, realizam os exames e interpretam os resultados.

AOP.5.3 Os resultados dos exames laboratoriais são disponibilizados no momento oportuno, como definido pela instituição.

AOP.5.3.1 Existe um processo para relatar resultados críticos de exames diagnósticos.

AOP.5.4 Todos os equipamentos utilizados para realização de exames laboratoriais sofrem inspeção, manutenção e calibração regularmente e são mantidos registros apropriados dessas atividades.

AOP.5.5 Reagentes essenciais e outros suprimentos estão disponíveis regularmente e são avaliados para assegurar a acurácia e precisão dos resultados.

AOP.5.6 Procedimentos para coletar, identificar, manusear, transportar e descartar amostras com segurança são cumpridos.

AOP.5.7 Existem normas e intervalos pré-estabelecidos, que são utilizados para interpretar e fornecer os resultados de exames clínicos laboratoriais.

AOP.5.8 Um profissional(s) qualificado(s) é(são) responsável(is) por gerenciar os serviços de exames laboratoriais ou de patologia clínica.

AOP.5.9 Procedimentos de controle de qualidade estão estabelecidos, são seguidos e documentados.

AOP.5.9.1 Existe um processo para realizar a prova de proficiência.

AOP.5.10 A instituição analisa regularmente os resultados do controle de qualidade para todos os laboratórios externos que prestam serviços à instituição.

AOP.5.11 A instituição tem acesso a peritos em áreas especializadas de diagnóstico, quando necessário.

Serviços de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AOP.6 Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão disponíveis para atender às necessidades do paciente e todos esses serviços estão de acordo com padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

AOP.6.1 Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem são fornecidos pela instituição ou estão prontamente disponíveis através de acordos com entidades externas.

AOP.6.2 Um programa de segurança para radiações está instalado, e é cumprido e documentado.

AOP.6.3 Indivíduos com qualificação adequada e experiência realizam os estudos de diagnóstico por imagem, interpretam os resultados e dão os laudos.

AOP.6.4 Os resultados dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem estão disponíveis no momento oportuno, conforme definido pela instituição.

AOP.6.5 Todos os equipamentos utilizados para a realização de estudos de radiologia e diagnóstico por imagem sofrem inspeção, manutenção e calibração regularmente e a instituição mantém os registros apropriados dessas atividades.

AOP.6.6 Filmes para radiologia e outros materiais estão regularmente disponíveis.

AOP.6.7 Um profissional (s) qualificado(s) é(são) responsável(s) por gerenciar os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.

AOP.6.8 Procedimentos de controle de qualidade estão estabelecidos, são cumpridos e documentados.

AOP.6.9 A instituição analisa regularmente os resultados do controle de qualidade para todos os serviços diagnósticos externos à instituição.

AOP.6.10 A instituição tem acesso a peritos em áreas especializadas de diagnóstico, quando necessário.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Padrão AOP.1

As necessidades de todos os pacientes atendidos pela instituição são identificadas através de um processo de avaliação estabelecido.

Propósito de AOP.1

Quando um paciente é registrado ou admitido na instituição, seja como paciente internado ou como paciente externo, para receber cuidados/tratamento, ele deve ser submetido a uma avaliação completa, relacionada ao motivo pelo qual ele veio buscar atendimento. As informações específicas de que a instituição necessita nesse momento, assim como os procedimentos para obtê-las, dependem das necessidades do paciente e do local onde os cuidados estão sendo prestados (por exemplo, se trata de um paciente internado ou um paciente externo). As políticas e procedimentos da instituição definem como funciona este processo e quais informações devem ser obtidas e documentadas. (*ver também* ACC.1, propósito)

Elementos de Mensuração de AOP.1

❑ 1. As políticas e procedimentos da instituição definem as informações a serem obtidas nas avaliações dos pacientes internados.
❑ 2. As políticas e procedimentos da instituição definem as informações a serem obtidas nas avaliações dos pacientes externos.
❑ 3. As políticas e procedimentos da instituição definem as informações das avaliações a serem documentadas.

Padrão AOP.1.1

A instituição determinou o conteúdo mínimo das avaliações, com base nas leis e regulamentos aplicáveis e nos padrões profissionais.

Propósito de AOP.1.1

Para avaliar as necessidades do paciente de forma consistente, a instituição define, em suas políticas, o conteúdo mínimo das avaliações a serem realizadas pelos médicos, enfermeiros e demais disciplinas clínicas. As avaliações são realizadas por cada disciplina, dentro do escopo da prática, licença, leis e regulamentos aplicáveis, ou certificação. Apenas os profissionais qualificados realizam avaliações. Todos os formulários usados nas avaliações estão de acordo com a política institucional. A instituição define as atividades de avaliação tanto nas unidades de cuidado a pacientes internados quanto de pacientes externos. A instituição define os elementos comuns a todas as avaliações, e define também as diferenças de escopo, quando assim permitido, dependendo de se tratar de uma avaliação clínica geral ou de avaliações em serviços especializados. As avaliações definidas nas políticas podem ser completadas por mais de um indivíduo qualificado e em diferentes momentos do cuidado. Todo o conteúdo deve estar disponível quando o tratamento é iniciado.

Elementos de Mensuração de AOP.1.1

❑ 1. O conteúdo mínimo das avaliações está definido para cada disciplina clínica integrante do processo de avaliação e especifica os elementos que devem constar da história e exame físico.
(*ver também* ASC.3, EM 3, e ASC.4 EM 1)
❑ 2. Apenas indivíduos qualificados e autorizados por licença, leis e regulamentos aplicáveis, ou certificação realizam avaliações.
❑ 3. O conteúdo mínimo das avaliações realizadas nas unidades de cuidado a pacientes internados está definido nas políticas. (*ver também* AOP.1.2, EM 1)
❑ 4. O conteúdo mínimo das avaliações realizadas nas unidades de pacientes externos está definido nas políticas.

Padrão AOP.1.2

A avaliação inicial de cada paciente inclui a avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, inclusive o exame físico e o histórico de saúde.

Propósito de AOP.1.2

A avaliação inicial de um paciente, seja ele internado ou paciente externo, é crítica para identificar suas necessidades e dar início ao processo de cuidado. A avaliação inicial fornece informações para:

- determinar o cuidado de que o paciente necessita;
- escolher a unidade de cuidado mais adequada para ele;
- estabelecer um diagnóstico inicial; e
- identificar a resposta do paciente a quaisquer cuidados recebidos anteriormente.

Para fornecer essas informações, a avaliação inicial inclui uma análise do estado de saúde do paciente, através de um exame físico e histórico de saúde. A avaliação psicológica determina o estado emocional do paciente (por exemplo, se ele se encontra deprimido, com medo, agressivo, e se pode ferir a si próprio e os outros). A obtenção de informações sociais do paciente não tem o intuito de "classificar" pacientes. Ao contrário, o contexto social, cultural, familiar e econômico em que o paciente se encontra são fatores importantes que podem influenciar a sua resposta à doença e ao tratamento. A família pode ajudar bastante na avaliação desses aspectos e na compreensão dos desejos e preferências do paciente, no processo de avaliação. Os fatores econômicos podem ser avaliados como parte da avaliação social ou de forma separada, quando o paciente e seus familiares serão responsáveis pelo custo total ou de parte do cuidado, durante a internação ou após a alta. Muitos indivíduos qualificados podem estar envolvidos na avaliação de um paciente. O mais importante é que as avaliações estejam completas e disponíveis *(ver também* MCI.7 EM 2) para os profissionais que prestam cuidados aos pacientes. *(ver também* AOP.1.7, EM 1, sobre avaliação da dor).

Elementos de Mensuração de AOP.1.2

- ❑ 1. Todos os pacientes internados e externos são submetidos a uma avaliação inicial que inclui uma historia e exame físico que estão de acordo com os requisitos da política do hospital. (*ver também* AOP.1.1, EM.3)
- ❑ 2. Todos os pacientes são submetidos a uma avaliação psicológica inicial, baseada em suas necessidades.
- ❑ 3. Todos os pacientes são submetidos a uma avaliação sócio-econômica inicial, baseada em suas necessidades.
- ❑ 4. A avaliação inicial resulta em um diagnóstico inicial.

Padrão AOP.1.3

As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas na avaliação inicial do paciente e registradas no prontuário clínico.

Padrão AOP.1.3.1

A avaliação das necessidades de cuidados médicos e de enfermagem dos pacientes em situação de emergência é baseada em suas necessidades e condições.

Propósito de AOP.1.3 e AOP.1.3.1

O resultado principal da avaliação inicial do paciente é a identificação de suas necessidades médicas e de enfermagem, para dar início ao cuidado e tratamento. Para que isto aconteça, a instituição determina o conteúdo mínimo das avaliações iniciais, médica, de enfermagem e outras (*ver também* AOP.1.1), o prazo para que essas avaliações sejam completadas (*ver também* AOP.1.4) e as exigências de documentação para essas avaliações (*ver também* AOP.1.5). Embora as avaliações médica e de enfermagem sejam essenciais para iniciar o tratamento, avaliações adicionais, por outros profissionais, podem se tornar necessárias, incluindo avaliações especiais (*ver também* AOP.1.8) e avaliações individualizadas (*ver também* AOP.1.7). Essas avaliações devem ser integradas (*ver também* AOP.4) e as necessidades mais urgentes identificadas (*ver também* AOP.4.1).

Em uma situação de emergência, as avaliações iniciais, médica e de enfermagem, podem se limitar às necessidades e condições aparentes do paciente. Da mesma forma, quando não há tempo para registrar o histórico médico completo e o exame físico de um paciente de emergência que requer cirurgia, uma breve nota e o diagnóstico pré-operatório são escritos no prontuário do paciente, antes da cirurgia.

Elementos de Mensuração de AOP.1.3

- ❑ 1. As necessidades do paciente, em termos de cuidados médicos, são identificadas através da avaliação inicial, história clínica registrada, exame físico e outras avaliações realizadas com base em suas necessidades.
- ❑ 2. As necessidades do paciente, em termos de cuidados de enfermagem, são avaliadas com base na avaliação de enfermagem registrada, na avaliação médica, e em outras avaliações realizadas com base em suas necessidades.
- ❑ 3. As necessidades médicas do paciente estão registradas no prontuário clínico do paciente.
- ❑ 4. As necessidades do paciente de cuidados de enfermagem estão registradas no prontuário clínico do paciente.
- ❑ 5. Políticas e procedimentos escritos dão suporte a uma prática consistente em todas as áreas.

Elementos de Mensuração de AOP.1.3.1

- ❑ 1. A avaliação médica dos pacientes de emergência é baseada em suas necessidades e condições.
- ❑ 2. A avaliação de enfermagem dos pacientes de emergência é baseada em suas necessidades e condições.
- ❑ 3. Em caso de cirurgia, pelo menos uma breve nota e o diagnóstico pré-operatório são registrados no prontuário do paciente antes da realização da cirurgia.

Padrão AOP.1.4

As avaliações são concluídas no prazo estabelecido pela instituição.

Propósito de AOP.1.4

Para dar início o quanto antes ao tratamento correto para o paciente, as avaliações iniciais devem ser concluídas o mais rápido possível. A instituição de saúde determina o prazo para concluir as avaliações, em especial as avaliações médicas e de enfermagem. O tempo exato depende de vários fatores, incluindo os tipos de pacientes atendidos pela instituição, a complexidade e duração de seu cuidado e a dinâmica das condições em torno desse atendimento. Tendo isto em conta, a instituição pode estabelecer prazos diferentes para avaliação em áreas ou serviços diferentes.

Quando uma avaliação for parcialmente ou totalmente concluída fora da instituição (por exemplo, no consultório do cirurgião), os achados são revisados e/ou verificados no momento da internação na instituição, de acordo com o tempo transcorrido entre o exame realizado fora da instituição e a internação (*ver também* AOP.1.4.1), a natureza crítica dos achados, a complexidade do paciente e o cuidado e tratamento planejados (por exemplo, a revisão confirma a clareza do diagnóstico e todos os procedimentos e tratamentos planejados, a necessidade de exames radiológicos necessários durante a cirurgia, quaisquer alterações nas condições do paciente, como controle da glicemia, e identifica quaisquer exames laboratoriais críticos, que possam demandar repetição).

Elementos de Mensuração de AOP.1.4

- ❑ 1. Os prazos adequados para realizar as avaliações estão estabelecidos para todas as unidades e serviços.
- ❑ 2. As avaliações são concluídas nos prazos estabelecidos pela instituição.
- ❑ 3. Os achados de todas as avaliações realizadas fora da instituição são revisados e/ou verificados no momento da internação do paciente.
  (*ver também* AOP.1.4.1 sobre atualização e repetição de partes das avaliações médicas há mais de 30 dias; *ver também* MCI.6, EM 1)

Padrão AOP.1.4.1

As avaliações iniciais, médica e de enfermagem, são completadas nas primeiras 24 horas de internação do paciente, ou, antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política do hospital.

Propósito de AOP.1.4.1

As avaliações iniciais, médica e de enfermagem, são completadas nas primeiras 24 horas de internação e estão disponíveis para todos os que cuidam do paciente. Quando indicado pelas condições do paciente, a avaliação inicial, médica e/ou de enfermagem é realizada e disponibilizada em prazo mais curto. Portanto, os pacientes em situação de emergência são avaliados imediatamente, e a política pode definir que outros grupos de pacientes sejam avaliados em um prazo inferior a 24 horas.

Quando a avaliação médica inicial é realizada no consultório particular de um médico ou em outro local de atendimento a doentes externos, antes da internação do paciente, a mesma deve ser realizada, no máximo, nos 30 dias anteriores à admissão. Se no momento da internação a avaliação médica tiver mais de 30 dias, o histórico médico deve ser atualizado e o exame físico repetido. Para avaliações médicas realizadas dentro dos 30 dias anteriores à internação, quaisquer alterações significativas nas condições do paciente, a partir da avaliação, devem ser anotadas no momento da internação. Essa atualização e/ou re-exame podem ser realizados por qualquer indivíduo qualificado (*ver também* AOP.4, propósito).

Elementos de Mensuração de AOP.1.4.1

- ❑ 1. A avaliação médica inicial é realizada nas primeiras 24 horas de internação do paciente, ou, antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política da instituição.
- ❑ 2. A avaliação inicial de enfermagem é realizada nas primeiras 24 horas de internação do paciente, ou, antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política da instituição.
- ❑ 3. As avaliações iniciais médicas realizadas antes da internação do paciente ou, antes da realização de um procedimento como paciente externo na instituição, foram realizadas no máximo há 30 dias, ou a história foi atualizada e o exame físico repetido.
- ❑ 4. Para quaisquer avaliações com menos de 30 dias, quaisquer alterações significativas nas condições do paciente desde a avaliação, são anotadas no prontuário do paciente no momento da internação.

Padrão AOP.1.5

Os achados da avaliação estão documentados no prontuário do paciente e prontamente disponíveis para os responsáveis pelo cuidado ao paciente.

Propósito de AOP.1.5

Os achados da avaliação são utilizados ao longo do processo de cuidado para avaliar a evolução do paciente e identificar a necessidade de reavaliação. Portanto, é essencial que as avaliações médicas, de enfermagem e quaisquer outras relevantes estejam bem documentadas e possam ser rápida e facilmente consultadas no prontuário do paciente ou em outro local padronizado, e utilizadas por aqueles que cuidam do paciente. Em especial, as avaliações, médica e de enfermagem, estão documentadas no prontuário nas primeiras 24 horas de internação. Isto não impede a inclusão de avaliações adicionais, mais detalhadas, em locais separados do prontuário, desde que permaneçam acessíveis aos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

Elementos de Mensuração de AOP.1.5

- ❑ 1. Os resultados da avaliação são registrados no prontuário do paciente. (*ver também* MCI.19.1, EM 1)
- ❑ 2. Aqueles que cuidam do paciente podem encontrar e consultar as avaliações, conforme necessário, no prontuário do paciente ou outro local padronizado e acessível. (*ver também* MCI.7, EM 2).
- ❑ 3. As avaliações médicas são registradas no prontuário do paciente dentro de 24 horas de internação.
- ❑ 4. As avaliações de enfermagem são registradas no prontuário do paciente dentro de 24 horas de internação.

Padrão AOP.1.5.1

A avaliação médica inicial é documentada antes da anestesia ou de tratamentos cirúrgicos.

Propósito de AOP.1.5.1

Os resultados da avaliação médica e de todos os exames diagnósticos são documentados no prontuário do paciente antes da anestesia ou da cirurgia.

Elementos de Mensuração de AOP.1.5.1

- ❑ 1. Os pacientes com cirurgia programada são submetidos a uma avaliação médica antes da cirurgia. *(ver também* ASC.7, EMs 1 e 2)
- ❑ 2. A avaliação médica dos pacientes cirúrgicos é documentada antes da cirurgia.

Padrão AOP.1.6

Os pacientes sofrem uma triagem para determinar seu estado nutricional e necessidades funcionais e, quando necessário, são referidos para avaliação adicional e tratamento.

Propósito de AOP.1.6

As informações coletadas na avaliação médica e/ou de enfermagem inicial, através do emprego de critérios de triagem, podem indicar que o paciente necessita de avaliações adicionais ou mais aprofundadas de seu estado nutricional ou funcional, incluindo uma avaliação do seu risco de queda. Essas avaliações mais aprofundadas podem ser necessárias para identificar aqueles pacientes que necessitam de intervenções nutricionais, e os pacientes que necessitam de serviços de reabilitação ou outros serviços relacionados à sua capacidade de exercer suas funções de forma independente ou em seu potencial máximo.

O modo mais eficaz de identificar pacientes com necessidades nutricionais ou funcionais é através de critérios de triagem. Por exemplo, o formulário de avaliação inicial da enfermagem pode conter os critérios. Em cada caso, os critérios de triagem são desenvolvidos por indivíduos qualificados capazes de realizar avaliações adicionais e, se necessário, fornecer qualquer tratamento ao paciente. Por exemplo, critérios de triagem para risco nutricional podem ser desenvolvidos por enfermeiros que aplicarão os critérios, dietistas que irão suprir a intervenção dietética recomendada, e nutricionistas capazes de integrar as necessidades de nutrição com outras necessidades do paciente. (*ver também* COP.5)

Elementos de Mensuração de AOP.1.6

- ❑ 1. Indivíduos qualificados desenvolvem critérios para identificar os pacientes que requerem avaliação nutricional adicional.
- ❑ 2. Os pacientes são submetidos à triagem para risco nutricional, como parte da avaliação inicial.
- ❑ 3. Os pacientes que, de acordo com os critérios, apresentam risco de problemas nutricionais, são submetidos à avaliação nutricional.
- ❑ 4. Indivíduos qualificados desenvolvem critérios para identificar os pacientes que requerem avaliação funcional adicional. *(ver também* IPSG.6, EM 1, relacionada à avaliação para risco de queda).
- ❑ 5. Como parte da avaliação inicial, os pacientes são submetidos à triagem para verificar a necessidade de avaliação funcional adicional. *(ver também* IPSG.6, EM 2)
- ❑ 6. Os pacientes que, de acordo com os critérios estabelecidos, necessitem de avaliação funcional, são referidos para tal.

Padrão AOP.1.7

Todos os pacientes, tanto internados como externos, são triados para dor e avaliados quando a triagem evidencia a presença de dor.

Propósito de AOP.1.7

Durante a avaliação inicial e quaisquer reavaliações, um procedimento de triagem é utilizado para identificar os pacientes com dor. Quando a dor é identificada, o paciente pode ser tratado na instituição ou referido para tratamento. O escopo do tratamento tem por base as instalações onde os cuidados são prestados e os serviços oferecidos.

Quando o paciente é tratado na instituição, é feita uma avaliação mais abrangente. Esta avaliação é adequada à idade do paciente e permite analisar a intensidade e os atributos da dor, tais como: caráter, freqüência, localização e duração. Esta avaliação é registrada de modo que facilite a reavaliação regular e o acompanhamento, de acordo com os critérios desenvolvidos pela instituição e as necessidades do paciente.

Elementos de Mensuração de AOP.1.7

- ❑ 1. Os pacientes são triados para dor. *(ver também* COP.6, EM 1)
- ❑ 2. Quando na triagem é identificada a presença de dor, o paciente é referido ou uma avaliação abrangente é realizada na própria instituição, de acordo com a idade do paciente, incluindo a avaliação da intensidade e atributos da dor, tais como: caráter, freqüência, local e duração.
- ❑ 3. A avaliação é registrada de modo que facilite a reavaliação regular e o acompanhamento de acordo com os critérios desenvolvidos pela instituição e com as necessidades do paciente.

Padrão AOP.1.8

A instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para populações especiais por ela atendidas.

Propósito de AOP.1.8

A avaliação inicial de certos tipos de pacientes ou determinadas populações requer que o processo de avaliação seja modificado. Tal modificação baseia-se nas características particulares ou necessidades de cada grupo de pacientes ou população. Cada instituição identifica esses grupos de pacientes e populações e modifica o processo de avaliação de modo a atender às suas necessidades especiais. Em particular, quando a instituição atende um ou mais pacientes ou populações com necessidades especiais, listados abaixo, a mesma realiza avaliações individualizadas:

- Crianças;
- Adolescentes;
- Idosos debilitados;
- Pacientes terminais;
- Pacientes com dor intensa ou crônica;
- Mulheres em trabalho de parto;
- Mulheres em situação de abortamento;
- Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos;
- Pacientes em que há suspeita de dependência química e/ou de álcool;
- Vítimas de abuso e negligência;
- Pacientes com doenças infecciosas ou contagiosas;
- Pacientes em quimioterapia ou radioterapias;
- Pacientes com sistema imunológico comprometido.

A avaliação de pacientes com suspeita de dependência química e/ou de álcool e a avaliação de vítimas de abuso e negligência estão baseadas na cultura desta população de pacientes. Essas avaliações não pretendem ser um processo de busca ativa de casos. Ao contrário, a avaliação desses pacientes responde às suas necessidades e condições de maneira confidencial e culturalmente aceitável.

O processo de avaliação é modificado de acordo com as leis e regulamentos locais e com os padrões da prática profissional relacionados a tais populações e situações, e envolve a família quando apropriado ou necessário.

Elementos de Mensuração de AOP.1.8

- ❑ 1. A instituição estabelece critérios por escrito, que identifiquem a necessidade de avaliações adicionais, especializadas ou mais aprofundadas.
- ❑ 2. O processo de avaliação para populações de pacientes com necessidades especiais é modificado de modo apropriado para refletir suas necessidades.

Padrão AOP.1.9

Os pacientes em final de vida e seus familiares são avaliados e reavaliados de acordo com suas necessidades, de forma individualizada.

Propósito de AOP.1.9

As avaliações e reavaliações devem ser individualizadas para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares quando um paciente se encontra em final de vida. As avaliações e reavaliações devem incluir, conforme apropriado:

a) sintomas como náusea e dificuldade respiratória;
b) fatores que aliviam ou exacerbam os sintomas físicos;
c) o gerenciamento do sintoma atual e a resposta do paciente;
d) a orientação espiritual do paciente e seus familiares e, sendo oportuno, qualquer envolvimento em grupos religiosos;
e) as preocupações ou necessidades espirituais do paciente e familiares, tais como desespero, sofrimento, culpa ou perdão;
f) as condições psicossociais do paciente e seus familiares, tais como relacionamentos familiares, a adequação do ambiente da casa, caso o cuidado seja ministrado lá, os mecanismos de enfrentamento, e as reações do paciente e dos familiares à doença;
g) a necessidade de apoio ou descanso dos pacientes, de seus familiares ou outros cuidadores;
h) a necessidade de um serviço ou nível de cuidado alternativo; e
i) os fatores de risco entre os sobreviventes, tais como mecanismos para enfrentar a situação e as potenciais reações patológicas de luto.

Elementos de Mensuração de AOP.1.9

- ❑ 1. Os pacientes em final de vida e seus familiares são avaliados e reavaliados quanto aos elementos de a) até i), contidos no propósito, de acordo com suas necessidades identificadas.
- ❑ 2. Os achados da avaliação orientam o cuidado e os serviços prestados. (*ver também* AOP.2, EM 2)
- ❑ 3. Os achados da avaliação estão registrados no prontuário do paciente.

Padrão AOP.1.10

A avaliação inicial inclui a necessidade de avaliações especializadas adicionais.

Propósito de AOP.1.10

O processo de avaliação inicial pode identificar a necessidade de outras avaliações, tais como odontológica, auditiva, oftalmológica e outras. A instituição refere o paciente para tais avaliações quando estiverem disponíveis na instituição ou na comunidade.

Elementos de Mensuração de AOP.1.10

- ❑ 1. Quando é identificada a necessidade de avaliações especializadas adicionais, os pacientes são referidos para tal, dentro ou fora da instituição. *(ver também* ACC.3, EM 1)
- ❑ 2. As avaliações especializadas realizadas na instituição são completadas e documentadas no prontuário do paciente.

Padrão AOP.1.11

A avaliação inicial inclui a determinação da necessidade de um plano de alta.

Propósito de AOP.1.11

A continuidade do cuidado requer preparação e considerações especiais para alguns pacientes, como por exemplo, para planejar a alta. A instituição desenvolve um mecanismo, como uma lista de critério para identificar esses pacientes cujo planejamento da alta é crítico devido à sua idade, falta de mobilidade, necessidade de medicação ou cuidados de enfermagem continuados, assistência para suas atividades diárias, dentre outras. Como esses arranjos necessários para a alta podem tomar algum tempo, o processo de avaliação e o planejamento são iniciados o mais cedo possível, logo após a internação do paciente.

Elementos de Mensuração de AOP.1.11

- ❑ 1. Existe um processo para identificar os pacientes para quem o planejamento da alta é crítico. (*ver também* ACC.3, EM 2)
- ❑ 2. O planejamento da alta desses pacientes tem início logo após a sua internação. (*ver também* ACC.3, EM 4)

Padrão AOP.2

Todos os pacientes são reavaliados com uma periodicidade baseada na sua condição e tratamento, para determinar a resposta ao tratamento e para planejar a continuidade do tratamento ou a alta.

Propósito de AOP.2

A reavaliação por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente é fundamental para saber se as decisões relativas ao cuidado são apropriadas e eficazes. Os pacientes são reavaliados ao longo do processo de cuidado com periodicidade baseada nas suas necessidades e no plano de cuidados ou conforme definido nas políticas e procedimentos da instituição. Os resultados dessas reavaliações são anotados no prontuário do paciente para informação e uso de todos os profissionais que cuidam do paciente. (*ver também* MCI.19.1, EM 5)

A reavaliação médica faz parte do cuidado contínuo do paciente. Um médico avalia o paciente, no mínimo uma vez por dia, na fase aguda de tratamento, inclusive nos fins de semana, e quando houver uma alteração significativa na condição do paciente.

As reavaliações são realizadas e os resultados registrados no prontuário do paciente:

- em intervalos regulares durante o cuidado (por exemplo, o pessoal de enfermagem registra periodicamente os sinais vitais conforme indicado pela condição clínica do paciente);
- diariamente por um médico para pacientes em fase aguda de tratamento ou com menor freqüência, como estabelecido pela política da instituição;
- em resposta a uma alteração significativa nas condições clínicas do paciente;
- se o diagnóstico do paciente mudou e as necessidades de cuidado requerem revisão do planejamento; e
- para determinar se os medicamentos e outros tratamentos tiveram êxito e o paciente pode ser transferido ou receber alta.

Elementos de Mensuração de AOP.2

- ❑ 1. Os pacientes são reavaliados para determinar sua resposta ao tratamento. (*ver também* ASC.5.3, EMs 1 e 2; ASC.7.3, EMs 1 e 2; MMU.7, EM 1; e COP.5, EM 3)
- ❑ 2. Os pacientes são reavaliados para planejar a continuação do tratamento ou a alta. (*ver também* ACC.3, EMs 2 e 3; COP.7.1, EM 2; ASC.5.3, EMs 1 e 2; e AOP.1.9, EM 2)
- ❑ 3. Os pacientes são reavaliados na periodicidade baseada em suas condições e quando houver uma alteração significativa em suas condições, no plano de cuidados e necessidades individuais, ou como definido nas políticas e procedimentos da instituição. (*ver também* ASC.3 EM; e ASC.5.3, EM 1)
- ❑ 4. Um médico reavalia os pacientes, no mínimo uma vez por dia, incluindo fins de semana, durante a fase aguda de seu cuidado e tratamento.
- ❑ 5. Para pacientes não agudos, a política da instituição define as circunstâncias ou os tipos de pacientes ou populações para os quais a avaliação médica pode ser menos freqüente que diária e estabelece a periodicidade da reavaliação para esses pacientes.
- ❑ 6. As reavaliações são documentadas no prontuário do paciente.

Padrão AOP.3

Profissionais qualificados realizam as avaliações e reavaliações.

Propósito de AOP.3

A avaliação e a reavaliação do paciente são processos críticos que requerem formação, treinamento, conhecimento e habilidades especiais. Assim, a instituição identifica os profissionais qualificados para realizar cada tipo de avaliação e define suas responsabilidades por escrito. Em particular, os profissionais qualificados para fazer avaliações de emergência ou avaliações das necessidades de enfermagem são claramente identificados. As avaliações são realizadas por cada disciplina, dentro do escopo de sua prática, licença, leis e regulamentos aplicáveis, ou certificação.

Elementos de Mensuração de AOP.3

- ❑ 1. Os profissionais qualificados para fazer avaliações e reavaliações de pacientes são identificados pela instituição.
- ❑ 2. Apenas os indivíduos autorizados por licença, leis e regulamentos aplicáveis ou certificação, avaliam os pacientes.
- ❑ 3. As avaliações de emergência são realizadas por profissionais qualificados para tal.
- ❑ 4. As avaliações de enfermagem são realizadas por profissionais qualificados para tal.
- ❑ 5. Os profissionais qualificados para fazer avaliações e reavaliações têm suas responsabilidades definidas por escrito. (*ver também* SQE.1.1, EMs 1 e 2; e SQE.10, EM 1)

Padrão AOP.4

Médicos, enfermeiros e demais profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente colaboram para analisar e integrar as avaliações do paciente.

Padrão AOP.4.1

As necessidades mais urgentes ou importantes são identificadas.

Propósito de AOP.4 e AOP.4.1

O paciente pode ser submetido a muitos tipos de avaliação dentro e fora da instituição, em muitos serviços e departamentos diferentes. Em conseqüência, pode haver uma variedade de informações, resultados de exames e outros dados no prontuário do paciente (*ver também* AOP.1.4.1, propósito). O paciente tem maior benefício quando os profissionais responsáveis trabalham em conjunto para analisar os resultados das avaliações e combinar essas

informações em um quadro abrangente da condição do paciente. A partir dessa colaboração são identificadas as necessidades do paciente, sua ordem de importância é estabelecida e as decisões clínicas são tomadas. A integração dos achados nesse ponto facilitará a coordenação do cuidado. *(ver também* COP.2)

O trabalho em equipe é simples e informal quando as necessidades do paciente não são complexas. Reuniões formais da equipe de tratamento, discussões de casos clínicos e rondas clínicas podem ser necessárias para pacientes com necessidades complexas ou pouco claras. O paciente, sua família e outros que tomam decisões em seu nome são incluídos no processo de decisão, quando necessário.

Elementos de Mensuração de AOP.4

- ❑ 1. Os dados e informações da avaliação do paciente são analisados e integrados. *(ver também* COP.1, EM 1)
- ❑ 2. Aqueles responsáveis pelo cuidado ao paciente participam do processo.

Elementos de Mensuração de AOP.4.1

- ❑ 1. As necessidades do paciente são priorizadas com base nos resultados da avaliação.
- ❑ 2. O paciente e sua família são informados sobre os resultados da avaliação e sobre quaisquer diagnósticos confirmados, quando apropriado. *(ver também* PFR.2.1, EM 1)
- ❑ 3. O paciente e sua família são informados sobre o plano de cuidado e tratamento e participam das decisões sobre as necessidades prioritárias a serem atendidas. *(ver também* PFR.2.1, EM 2 e 4; e ACC.1.2, EM 5)

Serviços de Laboratório

Padrão AOP.5

Serviços de laboratório estão disponíveis para atender às necessidades do paciente, e todos esses serviços estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

Propósito de AOP.5

A instituição tem um sistema para fornecer serviços de laboratório, incluindo serviços de patologia clínica, requeridos para atender as necessidades de sua população de pacientes, serviços clínicos oferecidos e profissionais de saúde. Os serviços de laboratório são organizados e fornecidos de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

Os serviços de laboratório, inclusive os requeridos em emergências, podem ser fornecidos dentro da instituição, através de acordo com outra instituição, ou ambos. Os serviços de laboratório estão disponíveis após o horário do atendimento normal, em caso de emergência.

Os laboratórios externos à instituição têm acesso conveniente para o paciente. A instituição seleciona laboratórios fora da instituição de acordo com a recomendação do diretor ou de outro profissional responsável pelos serviços de laboratório. Os laboratórios externos à instituição encontram-se de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e têm um histórico aceitável de oferta de serviços precisos e pontuais. Os pacientes são informados quando um dos laboratórios externos à instituição pertence ao médico que faz a referência.

Elementos de Mensuração de AOP.5

- ❑ 1. Os serviços de laboratório cumprem os padrões, leis e regulamentos aplicáveis, locais e nacionais.
- ❑ 2. Serviços de laboratório adequados, regulares e convenientes estão disponíveis para atender às necessidades.
- ❑ 3. Os serviços de laboratório de emergência estão disponíveis, inclusive após o horário de expediente normal.
- ❑ 4. Os laboratórios externos à instituição são selecionados com base em um histórico aceitável e de acordo com as leis e regulamentos.
- ❑ 5. Os pacientes são informados sobre quaisquer relações entre o médico que faz a referência e os serviços de laboratórios externos à instituição. *(ver também* GLD.6.1, EM 1)

Padrão AOP.5.1

Um programa de segurança para laboratórios está instalado, é acompanhado e documentado.

Propósito de AOP.5.1

O laboratório tem um programa de segurança ativo, no grau exigido pelos riscos e perigos nele existentes. O programa define as práticas de segurança e as medidas preventivas (por exemplo, estação lava-olhos, *kits* para o derramamento de produtos químicos, e outros) para o pessoal do laboratório, outros profissionais e pacientes, quando presentes. O programa do laboratório é coordenado com o programa de gerenciamento de segurança da instituição.

O programa de gerenciamento de segurança do laboratório inclui:

- políticas e procedimentos, por escrito, que apóiam o cumprimento dos padrões e regulamentos aplicáveis;
- políticas e procedimentos, por escrito, para a manipulação e o descarte de materiais infectados e de outros materiais perigosos (*ver também* FMS.5, EM.2; e PCI.7.2, EM 1 e 2);
- disponibilidade de dispositivos de segurança apropriados para as práticas laboratoriais e perigos encontrados;
- orientação de todo o pessoal do laboratório para práticas e procedimentos de segurança; e
- educação em serviço para novos procedimentos e materiais perigosos recentemente adquiridos ou identificados.

Elementos de Mensuração de AOP.5.1

❑ 1. Um programa de segurança de laboratórios inclui potenciais riscos no laboratório e em outras áreas fora do laboratório, onde serviços de laboratório são prestados. *(ver também* FMS.4 e FMS.5)

❑ 2. O programa é parte integrante do programa de gerenciamento de segurança da instituição e se reporta à estrutura de segurança da instituição, pelo menos uma vez por ano, e mediante a ocorrência de quaisquer eventos relacionados à segurança. *(ver também* FMS.4, EM 2).

❑ 3. Políticas e procedimentos, por escrito, contemplam a manipulação e o descarte de materiais infectados e de outros materiais perigosos. *(ver também* FMS.5, EM 2)

❑ 4. Os riscos identificados são abordados por processos específicos e/ou dispositivos para redução do risco. *(ver também* FMS.5, EM 5)

❑ 5. Os profissionais do laboratório são orientados sobre práticas e procedimentos de segurança. *(ver também* FMS.11, EM 1 e GLD.5.4, EMs 1 e 2; e GLD.6.1, EM 1)

❑ 6. Os profissionais do laboratório recebem treinamento para novos procedimentos e materiais perigosos recentemente adquiridos ou identificados. *(ver também* SQE.8, EMs 3 e 4)

Padrão AOP.5.2

Profissionais com qualificação apropriada e experiência, realizam os exames e interpretam os resultados.

Propósito de AOP.5.2

A instituição define quais profissionais do laboratório realizam exames, aqueles que estão aprovados para realizar testes à beira do leito, e os que dirigem ou supervisionam os profissionais que realizam os exames. Os supervisores e técnicos possuem treinamento, experiência e habilidades apropriados e adequados, e estão orientados sobre seu trabalho. Os técnicos recebem tarefas de trabalho consistentes com seu treinamento e experiência. Além disso, existe um número suficiente de profissionais para realizar prontamente exames em todos os horários de funcionamento e em casos de emergência.

Elementos de Mensuração de AOP.5.2

❑ 1. A instituição define quais profissionais realizam exames e quais os dirigem ou supervisionam.

❑ 2. Os profissionais que realizam exames têm experiência e qualificação apropriadas. *(ver também* SQE.4, EM 1)

- ❑ 3. Os profissionais que interpretam os exames têm experiência e qualificação apropriadas. *(ver também* SQE.4, EM 1)
- ❑ 4. Existe um número adequado de profissionais para atender às necessidades dos pacientes.
- ❑ 3. Os supervisores têm experiência e qualificação apropriada.

Padrão AOP.5.3

Os resultados dos exames laboratoriais são disponibilizados no momento oportuno, como definido pela instituição.

Propósito de AOP.5.3

A instituição define o prazo para expedição dos laudos dos exames laboratoriais. Os laudos são fornecidos dentro do prazo, conforme as necessidades do paciente, os serviços oferecidos e as necessidades do corpo clínico. Os exames de emergência e a necessidade de exames após o expediente normal e nos fins de semana estão incluídos. Os resultados de exames de urgência, incluindo os da emergência, do centro cirúrgico, e das unidades de cuidados intensivos, recebem atenção especial no processo de monitoramento da qualidade. Além disso, quando os serviços de laboratório forem realizados através de contrato com uma instituição externa, os laudos também estão dentro do prazo determinado pela política da instituição ou por contrato. *(ver também* AOP.5.3.1)

Elementos de Mensuração de AOP.5.3

- ❑ 1. A instituição estabeleceu o prazo esperado para expedição dos resultados.
- ❑ 2. O prazo de expedição dos exames de urgência/emergência é monitorado.
- ❑ 3. Os resultados dos exames de laboratório são expedidos no prazo que atende às necessidades do paciente. *(ver também* ASC.7, EM 1)

Padrão AOP.5.3.1

Existe um processo para relatar resultados críticos de exames diagnósticos.

Propósito de AOP.5.3.1

O relato de resultados críticos de exames diagnósticos é uma questão relevante, no tocante à segurança do paciente. Resultados significativamente fora da faixa normal podem indicar uma condição de alto risco ou até mesmo de ameaça à vida. É importante que a instituição desenvolva um sistema formal de relato, que defina claramente como os resultados críticos de exames diagnósticos serão comunicados aos profissionais prestadores de cuidado e como essa comunicação será documentada. (*ver também* IPSG.2, EM.2 e 4; e AOP.5.3)

O processo desenvolvido pela instituição para gerenciar resultados críticos de exames diagnósticos inclui o fornecimento de diretrizes aos profissionais, quanto à requisição e recepção de exames de urgência. O processo inclui também a definição de exames críticos e valores críticos para cada tipo de exame, por quem e para quem os resultados são relatados, e o método estabelecido para o monitoramento da conformidade.

Elementos de Mensuração de AOP.5.3.1

- ❑ 1. A instituição utiliza um método colaborativo para desenvolver processos para relatar resultados críticos de exames diagnósticos.
- ❑ 2. O processo inclui a definição de valores críticos para cada tipo de exame.
- ❑ 3. O processo inclui a definição de por quem e para quem os resultados críticos de exames diagnósticos são relatados.
- ❑ 4. O processo define o que deve ser documentado no prontuário do paciente.
- ❑ 5. O processo é monitorado quanto à conformidade e modificado com base nos resultados do monitoramento.

Padrão AOP.5.4

Todos os equipamentos utilizados para realização de exames laboratoriais sofrem inspeção, manutenção e calibração regularmente e são mantidos registros apropriados dessas atividades.

Propósito de AOP.5.4

O pessoal do laboratório trabalha para garantir que todos os equipamentos, inclusive os utilizados nas unidades de cuidado, funcionam em níveis aceitáveis e de maneira segura para o(s) operador(es). Um programa de gerenciamento de equipamentos de laboratório fornece:

- seleção e aquisição de equipamentos;
- identificação e inventário de equipamentos;
- avaliação dos equipamentos utilizados através de inspeção, teste, calibração e manutenção;
- monitoramento e atuação em notificações de perigo, recolhimentos, incidentes relatados, problemas e defeitos nos equipamentos; e
- documentação do programa de gerenciamento.

A freqüência de testes, manutenção e calibração estão relacionadas à utilização que o laboratório faz dos equipamentos e ao seu histórico documentado de serviços.

Elementos de Mensuração de AOP.5.4

❑ 1. Existe um programa implementado para o gerenciamento de equipamentos de laboratório. *(ver também* FMS.8, EM 1)
❑ 2. O programa inclui seleção e aquisição de equipamentos.
❑ 3. O programa inclui inventário de equipamentos. *(ver também* FMS .8, EM 2)
❑ 4. O programa inclui inspeção e teste dos equipamentos. *(ver também* FMS.8, EM 3)
❑ 5. O programa inclui calibração e manutenção dos equipamentos. *(ver também* FMS.8, EM 4)
❑ 6. O programa inclui monitoramento e acompanhamento. *(ver também* FMS.8, EM 5)
❑ 7. Todos os testes, manutenção e calibração dos equipamentos são documentados adequadamente. *(ver também* FMS.8.1, EM 1)

Padrão AOP.5.5

Reagentes essenciais e outros suprimentos estão disponíveis regularmente e são avaliados para assegurar a acurácia e precisão dos resultados.

Propósito de AOP.5.5

A instituição definiu os reagentes e suprimentos necessários para prover serviços de laboratório regularmente aos seus pacientes. O processo para solicitar ou assegurar a disponibilidade desses reagentes essenciais e outros suprimentos é eficaz. Todos os reagentes são armazenados e distribuídos de acordo com procedimentos definidos. A avaliação de todos os reagentes garante a precisão e acurácia dos resultados. Diretrizes, por escrito, garantem que os reagentes e soluções sejam completa e precisamente rotulados, assim como a acurácia e precisão de todos os resultados.

Elementos de Mensuração de AOP.5.5

❑ 1. Os reagentes essenciais e outros suprimentos estão definidos. *(ver também* FMS.5, EM 1)
❑ 2. Reagentes essenciais e outros suprimentos encontram-se disponíveis e existe um processo para gerenciar as situações de falta de disponibilidade.
❑ 3. Todos os reagentes são armazenados e dispensados de acordo com as diretrizes do fabricante ou com as instruções contidas na embalagem. *(ver também* FMS.5, EM 2)
❑ 4. O laboratório dispõe de diretrizes escritas para avaliação de todos os reagentes e essas diretrizes são seguidas, de modo a assegurar a acurácia e precisão dos resultados.
❑ 5. Todos os reagentes e soluções estão completa e precisamente rotulados. *(ver também* FMS.5, EM 7)

Padrão AOP.5.6

Procedimentos para coletar, identificar, manusear, transportar e descartar amostras com segurança são cumpridos.

Propósito de AOP.5.6

Procedimentos são desenvolvidos e implementados para:

- requisitar exames;
- coletar e identificar amostras;
- transportar, armazenar e preservar amostras; e
- receber, registrar e rastrear amostras.

Esses procedimentos são observados para amostras enviadas a laboratórios externos à instituição, para exame.

Elementos de Mensuração de AOP.5.6

❑ 1. Procedimentos orientam a requisição de exames.
❑ 2. Procedimentos orientam a coleta e identificação de amostras. *(ver também* IPSG.1, EM 3)
❑ 3. Procedimentos orientam o transporte, armazenamento e preservação de amostras.
❑ 4. Procedimentos orientam o recebimento e rastreamento de amostras.
❑ 5. Os procedimentos são implementados.
❑ 6. Os procedimentos são observados quando laboratórios externos à instituição são utilizados.

Padrão AOP.5.7

Existem normas e intervalos pré-estabelecidos, que são utilizados para interpretar e fornecer os resultados de exames clínicos laboratoriais.

Propósito de AOP.5.7

O laboratório estabelece intervalos de referência ou faixas de normalidade para cada exame realizado. A faixa de normalidade é incluída no prontuário clínico, ou como parte do laudo, ou pela inclusão de uma lista atualizada desses valores, aprovada pelo diretor do laboratório. Esses intervalos também são fornecidos quando um laboratório externo à instituição realiza o exame. Os intervalos de referência são apropriados às características geográficas e demográficas da instituição e são revisados e atualizados quando há alguma mudança nos métodos.

Elementos de Mensuração de AOP.5.7

❑ 1. O laboratório estabeleceu intervalos de referência para cada exame realizado.
❑ 2. Os intervalos de referência são incluídos no prontuário clínico, no momento em que o resultado do exame é relatado.
❑ 3. Os intervalos de referência são fornecidos quando os exames laboratoriais são realizados por laboratório externo à instituição.
❑ 4. Os intervalos de referência estão de acordo com as características geográficas e demográficas da instituição.
❑ 5. Os intervalos de referência são revisados e atualizados sempre que necessário.

Padrão AOP.5.8

Um profissional(s) qualificado(s) é(são) responsável(is) por gerenciar os serviços de exames laboratoriais ou de patologia clínica.

Propósito de AOP.5.8

Os serviços de laboratório clínico estão sob a direção de um profissional qualificado, com treinamento documentado, especialização e experiência, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Esse indivíduo assume a responsabilidade profissional pelas instalações do laboratório e pelos serviços fornecidos pelo laboratório, assim como pelos exames realizados fora do laboratório, como, por exemplo, à beira do leito. A supervisão dos serviços realizados fora do laboratório inclui a garantia de políticas e práticas para toda a instituição, como treinamento, gestão de suprimentos, entre outros, e não supervisão diária dessas atividades. A supervisão diária fica a cargo dos líderes dos departamentos ou unidades onde os exames são realizados.

Quando esse indivíduo dá consultas ou opiniões médicas, trata-se de um médico, preferencialmente, um patologista. Os serviços de laboratório especializados e subespecializados estão sob a direção de indivíduos devidamente qualificados. As responsabilidades do diretor do laboratório incluem:

- desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos;
- supervisão administrativa;
- manutenção de todos os programas de controle de qualidade necessários;
- recomendação de serviços de laboratórios externos à instituição; e
- monitoramento e revisão de todos os serviços de laboratório.

Elementos de Mensuração de AOP.5.8

- ❑ 1. O laboratório clínico e outros serviços de laboratório da instituição estão sob a direção e supervisão de um ou mais indivíduos qualificados. *(ver também* GLD.5, EM 1)
- ❑ 2. Responsabilidades pelo desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos estão estabelecidas e são cumpridas.
- ❑ 3. Responsabilidades pela supervisão administrativa estão estabelecidas e são cumpridas.
- ❑ 4. Responsabilidades pela manutenção dos programas de controle de qualidade estão estabelecidas e são cumpridas.
- ❑ 5. Responsabilidades pela recomendação de laboratórios externos à instituição estão estabelecidas e são cumpridas. *(ver também* GLD.3.3, EM 4; e GLD.3.3.1, EM 2)
- ❑ 6. Responsabilidades pelo monitoramento e revisão de todos os serviços de laboratório, dentro e fora da instituição, estão estabelecidas e são cumpridas. *(ver também* GLD.3.3, EMs 1 e 3; e GLD.3.3.1, EM 1)

Padrão AOP.5.9

Procedimentos de controle de qualidade estão estabelecidos, são seguidos e documentados.

Padrão AOP.5.9.1

Existe um processo para realizar a prova de proficiência.

Propósito de AOP.5.9 e AOP.5.9.1

Os sistemas de controle de qualidade total são essenciais para o fornecimento de serviços de laboratório clínico e patologia com excelência.

Os procedimentos de controle de qualidade incluem:

a) validação dos métodos de exame usados para acurácia, precisão e intervalos de referência;
b) vigilância diária dos resultados feita por profissionais do laboratório qualificados;
c) ação corretiva rápida quando uma deficiência é identificada;
d) a testagem de reagentes *(ver também* AOP.5.5); e
e) documentação dos resultados e ações corretivas.

As provas de proficiência determinam o quanto os resultados de um laboratório se comparam aos de outros laboratórios que utilizam as mesmas metodologias. Tais provas podem identificar problemas de desempenho não identificados por mecanismos internos. Assim, o laboratório participa de um programa de controle de proficiência comprovada, quando disponível. Em contrapartida, quando não estiverem disponíveis programas de controle, o laboratório troca amostras com outro laboratório em outra instituição para efetuar exames comparativos por pares. O laboratório mantém um registro cumulativo de participação em um processo de provas de proficiência. Os testes de proficiência, ou outros alternativos, são executados para todos os programas de laboratórios especializados, quando disponíveis.

Elementos de Mensuração de AOP.5.9

- ❑ 1. Existe um programa de controle de qualidade para o laboratório clínico.
- ❑ 2. O programa inclui a validação dos métodos de exame.
- ❑ 3. O programa inclui a vigilância diária dos resultados dos exames.
- ❑ 4. O programa inclui a rápida correção das deficiências.
- ❑ 5. O programa inclui a documentação dos resultados e ações corretivas.
- ❑ 6. Os elementos de a) até e) do programa, apresentados no propósito, são implementados.

Elementos de Mensuração de AOP.5.9.1

- ❑ 1. O laboratório participa de um programa de testes de proficiência, ou uma alternativa, para todos os exames e serviços de laboratório especializados.
- ❑ 2. Um registro cumulativo da participação é mantido.

Padrão AOP.5.10

A instituição analisa regularmente os resultados do controle de qualidade para todos os laboratórios externos que prestam serviços à instituição.

Propósito de AOP.5.10

Quando a instituição utiliza serviços de laboratórios externos à instituição, ela recebe e analisa regularmente os resultados do controle de qualidade desses laboratórios. Profissionais qualificados analisam os resultados do controle de qualidade.

Elementos de Mensuração de AOP.5.10

- ❑ 1. A freqüência e tipo de dados de controle de qualidade de laboratórios externos são determinados pela instituição.
- ❑ 2. O profissional qualificado, responsável pelo controle de qualidade do laboratório ou um profissional qualificado designado para tal, analisa os resultados do controle de qualidade do outro laboratório.
- ❑ 3. O profissional responsável ou designado implementa medidas com base nos resultados do controle de qualidade.
- ❑ 4. O laboratório externo fornece à liderança do hospital um relatório anual contendo os dados relativos ao controle de qualidade, para facilitar o gerenciamento e renovações do contrato.

Padrão AOP.5.11

A instituição tem acesso a peritos em áreas especializadas de diagnóstico, quando necessário.

Propósito de AOP.5.11

A instituição é capaz de identificar e recorrer a peritos em áreas diagnósticas especializadas, como parasitologia, virologia ou toxicologia, quando necessário. A instituição mantém uma lista desses especialistas.

Elementos de Mensuração de AOP.5.11

- ❑ 1. A instituição mantém uma lista de peritos para áreas especializadas de diagnóstico.
- ❑ 2. Quando necessário, a instituição recorre a peritos em áreas especializadas de diagnóstico.

Serviços de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Padrão AOP.6

Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão disponíveis para atender às necessidades do paciente e todos esses serviços estão de acordo com padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

Padrão AOP.6.1

Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem são fornecidos pela instituição ou estão prontamente disponíveis através de acordos com entidades externas.

Propósito dos padrões AOP.6 e AOP.6.1

A instituição tem um sistema para fornecer os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem, requeridos para atender as necessidades de seus pacientes, dos serviços clínicos e dos profissionais de saúde. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.

Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem, incluindo os requeridos em situações de emergência, podem ser fornecidos dentro da instituição, através de um acordo com outra instituição, ou ambos. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão disponíveis após o horário normal de funcionamento, para situações de emergência.

Os laboratórios externos à instituição são convenientes para o acesso do paciente e os laudos que dão suporte à continuidade do cuidado são recebidos pontualmente. A instituição seleciona os laboratórios externos de acordo com a recomendação do diretor ou de outro profissional responsável pelos serviços de laboratório. Os laboratórios de radiologia externos à instituição encontram-se de acordo com os padrões, leis e regulamentos e têm um histórico aceitável de oferta de serviços precisos e pontuais. Os pacientes são informados quando o laboratório externo à instituição pertence ao médico que faz a indicação.

Elementos de Mensuração de AOP.6

- ❑ 1. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais.
- ❑ 2. Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem adequados, regulares e convenientes estão disponíveis para atender às necessidades do paciente.
- ❑ 3. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão disponíveis para emergência, após o horário normal de funcionamento.

Elementos de Mensuração de AOP.6.1

- ❑ 1. Os laboratórios externos à instituição são selecionados com base na recomendação do diretor, em um histórico aceitável de desempenho e no cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis.
- ❑ 2. Os pacientes são informados sobre qualquer relação entre o médico que faz a indicação e os serviços de radiologia e/ou diagnóstico por imagem, externos à instituição. *(ver também* GLD.6.1, EM 1)

Padrão AOP.6.2

Um programa de segurança para radiações está instalado, e é cumprido e documentado.

Propósito de AOP.6.2

A instituição dispõe de um programa ativo de segurança para radiações, que inclui todos os componentes dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem, inclusive radioterapia oncológica e o laboratório de cateterismo cardíaco. O programa de proteção contra radiações é adequado aos riscos e perigos existentes. O programa engloba as práticas de segurança e medidas de prevenção para os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem, para os demais profissionais, e para os pacientes. O programa é coordenado com o programa de gerenciamento da segurança da instituição.

O programa de gerenciamento da segurança para radiações inclui:

- políticas e procedimentos, por escrito, que apóiam o cumprimento dos padrões, leis e regulamentos aplicáveis;
- políticas e procedimentos, por escrito, para manipulação e descarte de materiais infectados e de outros materiais perigosos;
- disponibilidade de dispositivos protetores de segurança apropriados para as práticas e perigos identificados;
- orientação de todos os profissionais do laboratório de radiologia e diagnóstico por imagem para as práticas e procedimentos de segurança; e
- treinamento em serviço para novos procedimentos e materiais perigosos recentemente adquiridos ou identificados.

Elementos de Mensuração de AOP.6.2

- ❑ 1. Um programa de segurança para radiações está instalado e inclui potenciais riscos e perigos identificados dentro ou fora do departamento. *(ver também* FMS.4 e FMS.5)
- ❑ 2. O programa de segurança é parte integrante do programa de gerenciamento da segurança da instituição e se reporta à estrutura de segurança da instituição, no mínimo uma vez por ano e sempre que ocorre algum evento relacionado à segurança. *(ver também* FMS.4, EM 2)
- ❑ 3. Políticas e procedimentos, por escrito, apóiam o cumprimento dos padrões, leis e regulamentos aplicáveis.
- ❑ 4. Políticas e procedimentos, por escrito, definem a manipulação e o descarte de materiais infectados e de outros materiais perigosos. *(ver também* FMS.5, EMs 2 e 4)
- ❑ 5. Os riscos relacionados a radiações são abordados por processos específicos ou dispositivos de segurança (tais como, aventais de chumbo, dosímetros e outros. *(ver também* FMS.5, EM 5)
- ❑ 6. Os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem são orientados sobre práticas e procedimentos de segurança. *(ver também* FMS.11 EM 1; e GLD.5.4 EMs 1 e 2)
- ❑ 7. Os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem recebem educação sobre novos procedimentos e materiais perigosos. *(ver também* SQE.8, EMs 3 e 4)

Padrão AOP.6.3

Indivíduos com qualificação adequada e experiência realizam os estudos de diagnóstico por imagem, interpretam os resultados e dão os laudos.

Propósito de AOP.6.3

A instituição define quais profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem realizam estudos e diagnósticos por imagem, aqueles aprovados para realizar exames nas unidades de cuidado, à beira do leito, os qualificados para interpretar os resultados ou verificar os resultados e expedir laudos, e aqueles que dirigem ou supervisionam os processos. Os supervisores e técnicos têm treinamento apropriado e adequado, experiência e habilidade, e são orientados para o trabalho. Os técnicos recebem tarefas de trabalho consistentes com seu treinamento e experiência. Além disso, existe um número suficiente de profissionais para realizar, interpretar os estudos e emitir laudos prontamente e disponibilizar pessoal em todas as horas de funcionamento e em situações de emergência.

Elementos de Mensuração de AOP.6.3

- ❑ 1. A instituição define quais profissionais realizam estudos e diagnósticos por imagem e quais os que dirigem ou supervisionam.
- ❑ 2. Profissionais com qualificação adequada e experiência realizam os estudos e exames de diagnóstico por imagem. *(ver também* SQE.4, EM 1)
- ❑ 3. Profissionais com qualificação adequada e experiência interpretam os resultados dos estudos. *(ver também* SQE.4, EM 1)
- ❑ 4. Profissionais com qualificação adequada verificam os resultados dos estudos e emitem os laudos.
- ❑ 5. Existe um número adequado de profissionais para atender as necessidades do paciente. *(ver também* GLD.5.2, EM 3; e SQE.6, EM 3)
- ❑ 6. Os supervisores têm treinamento e experiência apropriados.

Padrão AOP.6.4

Os resultados dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem estão disponíveis no momento oportuno, conforme definido pela instituição.

Propósito de AOP.6.4

A instituição define o prazo para expedição dos laudos dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem. Os laudos são expedidos em tempo hábil conforme as necessidades do paciente, os serviços oferecidos e as necessidades dos profissionais de saúde. Os exames de emergência e a necessidade de exames após o expediente normal e nos fins de semana estão incluídos. Os resultados de estudos de radiologia e diagnóstico por imagem realizados em situação de urgência, incluindo os da emergência, do centro cirúrgico, e das unidades de tratamento intensivo, recebem atenção especial no processo de monitoramento da qualidade. Os laudos dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem, realizados por laboratórios externos à instituição, são feitos de acordo com a política da instituição ou conforme as exigências do contrato.

Elementos de Mensuração de AOP.6.4

- ❑ 1. A instituição estabeleceu o prazo esperado para os laudos.
- ❑ 2. O prazo de expedição dos estudos de urgência/emergência é monitorado.
- ❑ 3. Os laudos com os resultados dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem são fornecidos no prazo que atende às necessidades do paciente. *(ver também* ASC.7, EM 1)

Padrão AOP.6.5

Todos os equipamentos utilizados para a realização de estudos de radiologia e diagnóstico por imagem sofrem inspeção, manutenção e calibração regularmente e a instituição mantém os registros apropriados dessas atividades.

Propósito de AOP.6.5

Os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem trabalham para garantir que todos os equipamentos funcionem em níveis aceitáveis e de maneira segura para o(s) operador(es). Existe um programa de gerenciamento de equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem que assegura:

- seleção e aquisição de equipamentos;
- identificação e inventário dos equipamentos;
- avaliação dos equipamentos utilizados através de inspeção, teste, calibração e manutenção;
- monitoramento e intervenção em notificações de perigo, recolhimentos, incidentes relatados, problemas e deficiências nos equipamentos; e
- documentação do programa de gerenciamento.

Os testes, a manutenção e a freqüência da calibração estão relacionados ao uso dos equipamentos e ao seu histórico de serviço documentado. *(ver também* FMS.8, propósito)

Elementos de Mensuração de AOP.6.5

❑ 1. Existe um programa de gerenciamento de equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem e o programa está implementado. *(ver também* FMS.8, EM 1)
❑ 2. O programa inclui seleção e aquisição de equipamentos.
❑ 3. O programa inclui inventário dos equipamentos. *(ver também* FMS.8, EM 2)
❑ 4. O programa inclui inspeção e teste dos equipamentos. *(ver também* FMS.8, EM 3)
❑ 5. O programa inclui calibração e manutenção dos equipamentos. *(ver também* FMS.8, EM 4)
❑ 6. O programa inclui monitoramento e acompanhamento. *(ver também* FMS.8, EM 5)
❑ 7. Existe documentação adequada de todos os testes, manutenção e calibração dos equipamentos. *(ver também* FMS.8.1, EM 1)

Padrão AOP.6.6

Filmes para radiologia e outros materiais estão regularmente disponíveis.

Propósito de AOP.6.6

A instituição define os filmes, reagentes e suprimentos necessários para fornecer serviços de radiologia e diagnóstico por imagem regularmente aos seus pacientes. Existe um processo efetivo para solicitar e manter disponíveis esses filmes, reagentes e outros materiais. Todos os suprimentos são armazenados e dispensados de acordo com procedimentos definidos, que incorporam as recomendações do fabricante. A avaliação periódica dos reagentes, de acordo com as recomendações do fabricante, garante a precisão e acurácia dos resultados. *(ver também* AOP.6.8, propósito)

Elementos de Mensuração de AOP.6.6

❑ 1. Filmes essenciais para radiologia, reagentes e suprimentos estão definidos. *(ver também* FMS.5, EM 1)
❑ 2. Filmes essenciais para radiologia, reagentes e suprimentos estão disponíveis.
❑ 3. Todos os suprimentos são armazenados e dispensados de acordo com as diretrizes. *(ver também* FMS.5, EM 2)
❑ 4. Todos os suprimentos são avaliados periodicamente quanto à acurácia e resultados.
❑ 5. Todos os suprimentos estão total e precisamente rotulados. *(ver também* FMS.5, EM 7)

Padrão AOP.6.7

Um profissional (s) qualificado(s) é(são) responsável(s) por gerenciar os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.

Propósito de AOP.6.7

Os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem, realizados em qualquer setor ou departamento da instituição, estão sob a direção de um profissional qualificado com treinamento documentado, especialização e experiência, consistentes com as leis e regulamentos aplicáveis. Esse indivíduo assume a responsabilidade profissional pelas instalações de radiologia e diagnóstico por imagem e pelos serviços fornecidos. Quando esse indivíduo dá consultas clínicas ou opiniões médicas, trata-se de um médico, preferencialmente um radiologista. Quando são fornecidos serviços de radioterapia ou outros serviços especiais, eles estão sob a direção de profissionais devidamente qualificados.

As responsabilidades do diretor do serviço de radiologia e diagnóstico por imagem incluem:

- desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos;
- supervisão administrativa;
- manutenção de todos os programas de controle de qualidade necessários;
- recomendação de serviços de radiologia e diagnóstico por imagem, externos à instituição; e
- monitoramento e análise de todos os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.

Elementos de Mensuração de AOP.6.7

- ❑ 1. Os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem estão sob a direção de um ou mais profissionais qualificados. *(ver também* GLD.5, EM 1)
- ❑ 2. Responsabilidades pelo desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos estão definidas e são cumpridas.
- ❑ 3. Responsabilidades pela supervisão administrativa estão definidas e são cumpridas.
- ❑ 4. Responsabilidades pela manutenção dos programas de controle de qualidade estão definidas e são cumpridas.
- ❑ 5. Responsabilidades pela recomendação dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem externos à instituição, estão definidas e são cumpridas. *(ver também* GLD.3.3, EM 4)
- ❑ 6. Responsabilidades pelo monitoramento e revisão de todos os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem estão definidas e são cumpridas. *(ver também* GLD.3.3, EM 1)

Padrão AOP.6.8

Procedimentos de controle de qualidade estão estabelecidos, são cumpridos e documentados.

Propósito de AOP.6.8

Sistemas de controle de qualidade total são essenciais para o fornecimento de excelentes serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.

Os procedimentos de controle de qualidade incluem:

- validação dos métodos de exame usados para acurácia e precisão;
- vigilância diária dos resultados de exames de imagem, feita por profissionais de radiologia qualificados;
- ação corretiva rápida quando uma deficiência é identificada;
- testes de reagentes e soluções *(ver também* AOP.6.6); e
- documentação dos resultados e ações corretivas.

Elementos de Mensuração de AOP.6.8

- ❑ 1. Existe um programa de controle de qualidade implementado para os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.
- ❑ 2. O controle de qualidade inclui métodos de validação de exames.
- ❑ 3. O controle de qualidade inclui vigilância diária dos resultados dos exames.
- ❑ 4. O controle de qualidade inclui ação rápida quando uma deficiência é identificada.
- ❑ 5. O controle de qualidade inclui o teste de reagentes e soluções.
- ❑ 6. O controle de qualidade inclui a documentação dos resultados e ações corretivas.

Padrão AOP.6.9

A instituição analisa regularmente os resultados do controle de qualidade para todos os serviços diagnósticos externos à instituição.

Propósito de AOP.6.9

Quando a instituição utiliza serviços de radiologia e diagnóstico por imagem externos à instituição, recebe e analisa regularmente os resultados do controle de qualidade dessas fontes externas. Profissionais qualificados analisam os resultados do controle de qualidade. Quando o controle de qualidade dos serviços diagnósticos externos à instituição é difícil de ser efetuado, o diretor desenvolve uma abordagem alternativa para a supervisão da qualidade.

Elementos de Mensuração de AOP.6.9

- ❑ 1. A freqüência e tipo de dados de controle de qualidade de laboratórios externos são determinados pela instituição.
- ❑ 2. O profissional qualificado, responsável pelo controle de qualidade da radiologia ou um profissional qualificado designado para tal, analisa os resultados do controle de qualidade do laboratório.
- ❑ 3. O indivíduo responsável ou designado implementa medidas com base nos resultados do controle de qualidade.
- ❑ 4. O laboratório externo fornece à liderança do hospital um relatório anual contendo os dados relativos ao controle de qualidade, para facilitar o gerenciamento e renovações do contrato.

Padrão AOP.6.10

A instituição tem acesso a peritos em áreas especializadas de diagnóstico quando necessário.

Propósito de AOP.6.10

A instituição pode identificar e recorrer a peritos em áreas diagnósticas especializadas como física da radiação, radiação oncológica ou medicina nuclear, quando necessário. A instituição mantém uma lista desses especialistas.

Elementos de Mensuração de AOP.6.10

- ❑ 1. A instituição mantém uma lista de peritos para áreas especializadas de diagnóstico.
- ❑ 2. A instituição recorre a peritos em áreas especializadas de diagnóstico, quando necessário.

Cuidado aos Pacientes (COP)

Apresentação

O principal propósito de uma instituição de saúde é o cuidado ao paciente. Para oferecer o cuidado mais adequado, em um ambiente onde seja possível apoiar e responder às necessidades específicas de cada paciente é necessário um alto nível de planejamento e coordenação.

Determinadas atividades são básicas para o cuidado ao paciente. Para todas as disciplinas de cuidado aos pacientes, incluem-se essas atividades:

- planejar e assistir cada paciente;
- monitorar o paciente quanto aos resultados do cuidado;
- modificar o cuidado quando necessário;
- complementar o cuidado; e
- planejar o acompanhamento.

Muitos médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde podem executar essas atividades. Cada profissional tem um papel claramente definido no processo de cuidado ao paciente. Esse papel é determinado por licenciamento, credenciamento, certificação, leis e regulamentos; pelas habilidades, conhecimento e experiência de cada profissional; e pela política da instituição ou atribuições do cargo. Alguns tipos de cuidado podem ser executados pelo próprio paciente, por seus familiares ou por cuidadores treinados.

Os padrões da Avaliação do Paciente (AOP) (*ver também* página 71) descrevem a base do cuidado ao paciente — um plano para cada paciente com base na avaliação de suas necessidades. Esse cuidado pode ser preventivo, paliativo, curativo ou de reabilitação e pode incluir anestesia, cirurgia, medicamentos, terapias de suporte ou uma combinação desses cuidados. Um plano de cuidado em si não é suficiente para atingir resultados ótimos. A prestação dos serviços deve ser coordenada e integrada por todos os profissionais que cuidam do paciente.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Prestação de Cuidados a Todos os Pacientes

COP.1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

COP.2 Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada paciente.

COP.2.1 O cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário.

COP.2.2 Os profissionais autorizados a prescrever, fazem o registro da prescrição no prontuário do paciente, em local padronizado.

COP.2.3 Os procedimentos realizados são anotados no prontuário do paciente.

COP.2.4 Os pacientes e seus familiares são informados sobre os resultados do cuidado e do tratamento, incluindo resultados imprevistos.

Cuidado aos Pacientes de Alto Risco e Disponibilização de Serviços de Alto Risco

COP.3 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes de alto risco e a disponibilização de serviços de alto risco.

COP.3.1 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em situação de emergência.

COP.3.2 Políticas e procedimentos orientam a utilização de serviços de ressuscitação em toda a instituição.

COP.3.3 Políticas e procedimentos orientam o manuseio, utilização e administração de sangue e hemoderivados.

COP.3.4 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes comatosos ou em suporte à vida.

COP.3.5 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes portadores de doenças transmissíveis e aos pacientes imunodeprimidos.

COP.3.6 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em diálise.

COP.3.7 Políticas e procedimentos orientam o uso de contenção e o cuidado aos pacientes sob contenção.

COP.3.8 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes idosos, portadores de deficiência, crianças e populações de risco para abuso.

COP.3.9 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em uso de quimioterapia ou outros medicamentos de alto risco.

Alimentação e Terapia Nutricional

COP.4 Existe uma variedade de opções de alimentos regularmente disponíveis, apropriados ao estado nutricional do paciente e às suas condições clínicas.

COP.4.1 Os processos de preparação, manipulação, armazenamento e distribuição de alimentos são seguros e estão de acordo com as leis, regulamentos e práticas aceitas atualmente.

COP.5 Os pacientes com risco nutricional recebem terapia nutricional.

Gerenciamento da Dor

COP.6 O paciente recebe apoio ao gerenciamento eficaz da dor.

Cuidado aos Pacientes em Final de Vida

COP.7 A instituição define o cuidado ao paciente em final de vida.

COP.7.1 O cuidado ao paciente terminal otimiza seu conforto e dignidade.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Prestação de Cuidados a Todos os Pacientes

Padrão COP.1

Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

Propósito de COP.1

Os pacientes com os mesmos problemas de saúde e com as mesmas necessidades de cuidado têm o direito de receber a mesma qualidade de cuidado em qualquer setor ou departamento da instituição. Para que o princípio de "um só nível de qualidade de cuidado" seja atendido, é necessário que os líderes planejem e coordenem o cuidado ao paciente. Em especial, os serviços prestados a pacientes semelhantes em diversos departamentos ou áreas são orientados por políticas e procedimentos, de modo a garantir que o cuidado seja prestado de maneira uniforme. Além disso, os líderes asseguram que o mesmo nível de cuidado esteja disponível todos os dias da semana e todos os turnos, a cada dia. Tais políticas e procedimentos respeitam a legislação aplicável ao processo de cuidado e sua elaboração é feita idealmente de modo colaborativo. A uniformidade do cuidado ao paciente se traduz no seguinte:

a) O acesso ao cuidado e tratamento adequados não depende da capacidade de pagamento do paciente ou da fonte pagadora.
b) O acesso ao cuidado e tratamento adequados, prestados por profissionais competentes, não depende do dia da semana ou da hora do dia.
c) É a avaliação precisa das condições do paciente que determina a alocação dos recursos necessários ao atendimento de suas necessidades.
d) O nível de cuidado prestado ao paciente (anestesia, por exemplo) é o mesmo em toda a instituição.
e) Os pacientes com as mesmas necessidades de cuidados de enfermagem recebem o mesmo nível desses cuidados em toda a instituição.

O cuidado uniforme ao paciente resulta no uso eficiente dos recursos e permite a avaliação dos resultados de cuidados similares em toda a instituição.

Elementos de Mensuração de COP.1

❑ 1. Os líderes da instituição colaboram para oferecer processos de cuidado uniformes. *(ver também* ACC.1.1; AOP.4, EM 1; e ASC.2, EM1)
❑ 2. Políticas e procedimentos orientam a uniformidade do cuidado e refletem a legislação aplicável.
❑ 3. O cuidado é prestado de maneira uniforme e atende aos requisitos de a) a e) do propósito deste padrão. *(ver também* ASC.3, EM 1)

Padrão COP.2

Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada paciente.

Propósito de COP.2

O processo do cuidado ao paciente é dinâmico, envolve muitos prestadores de cuidado, e pode envolver diversos setores, departamentos e serviços. A integração e a coordenação das atividades de cuidado ao paciente são objetivos que resultam em processos de cuidado eficazes e no uso mais eficiente de recursos humanos e de outras naturezas, além de melhor prognóstico para o paciente. Portanto, os líderes utilizam ferramentas e técnicas para integrar e melhorar a coordenação do cuidado aos seus pacientes (por exemplo, atendimento interdisciplinar, discussões de caso interdepartamentais, planejamento integrado do cuidado, prontuário integrado, gerentes de caso). *(ver também* AOP.4, propósito)

O prontuário do paciente facilita e reflete a integração e coordenação do cuidado. Cada prestador em particular registra suas observações e tratamentos no prontuário do paciente. Além disso, todos os resultados ou conclusões de reuniões ou discussões sobre o caso do paciente são anotados no seu prontuário. (ver COP.5, EM 2)

Elementos de Mensuração de COP.2

❑ 1. O cuidado é planejado de forma integrada e coordenada entre os diversos serviços, setores e departamentos. (*ver também* ACC.2, EM 3)
❑ 2. O cuidado é prestado de modo integrado e coordenado entre os diversos serviços, setores e departamentos.
❑ 3. Os resultados ou conclusões de todas as reuniões e discussões da equipe de cuidado ao paciente estão anotados no seu prontuário.

Padrão COP.2.1

O cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário.

Propósito de COP.2.1

Os processos de cuidado ao paciente são cuidadosamente planejados para atingir resultados ótimos. No processo de planejamento, os dados da avaliação inicial, bem como das reavaliações periódicas são utilizados para identificar e estabelecer prioridades de tratamentos, procedimentos, cuidados de enfermagem e outros cuidados, com a finalidade de atender às necessidades dos pacientes. O paciente e seus familiares são envolvidos no processo de planejamento. O plano é anotado no prontuário do paciente. O plano de cuidado é desenvolvido no prazo de 24 horas a partir da internação do paciente. Com base nos dados resultantes da reavaliação do paciente, realizada pelos prestadores de cuidados, o plano é atualizado conforme apropriado, para refletir a evolução das condições do paciente.

O cuidado planejado para o paciente deve refletir suas necessidades. Essas necessidades podem mudar devido à melhora clínica do paciente, à informações novas obtidas a partir de resultados de exames de rotina (por exemplo, resultados anormais de exames de laboratório ou de imagem), ou podem ser evidenciadas por uma mudança súbita na condição do paciente (por exemplo, perda de consciência). À medida que as necessidades mudam, o plano de cuidado do paciente também é modificado. As alterações são escritas no prontuário na forma de notas adicionadas ao plano inicial, como metas novas ou revisadas, ou pode ser necessário elaborar um novo plano.

Nota: Um plano de cuidado único e integrado, que defina metas esperadas para cada disciplina clínica, é preferível ao registro em separado dos planos de cuidado de cada categoria profissional. O plano de cuidado de cada paciente deve refletir metas de cuidado individualizadas, objetivas e realísticas, de modo a facilitar a reavaliação e revisão do plano de cuidado.

Elementos de Mensuração de COP.2.1

❑ 1. O cuidado de cada paciente é planejado por seu médico responsável, pelo enfermeiro e pelos outros profissionais de saúde no prazo de 24 horas a partir de sua internação.
❑ 2. O plano de cuidado é individualizado e baseado nos dados da avaliação inicial.
❑ 3. O plano de cuidado está documentado no prontuário e inclui as metas estabelecidas.
❑ 4. As metas são atualizadas ou revisadas, conforme apropriado, com base na reavaliação do paciente, feita pelos prestadores de cuidado.
❑ 5. O plano de cuidado de cada paciente é revisado e verificado pelo médico responsável, sendo o resultado anotado no prontuário do paciente. (*ver também* ACC.2.1, EM.1)
❑ 6. O cuidado planejado é prestado. (*ver também* COP.2.3, propósito)
❑ 7. O cuidado prestado a cada paciente é anotado pelos profissionais de saúde no seu prontuário. (*ver também* ASC.5.2, EM 1; ASC.7.2; propósito; e COP.2.3, EM 1)

Padrão COP.2.2

Os profissionais autorizados a prescrever, fazem o registro da prescrição no prontuário do paciente, em local padronizado.

Propósito de COP.2.2

As atividades de cuidado ao paciente incluem diversos tipos de prescrições (por exemplo, de exames laboratoriais, administração de medicamentos, cuidados de enfermagem e terapia nutricional). Procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e de outros tipos, são solicitados por profissionais qualificados para isto. Tais prescrições devem ser facilmente acessíveis, em especial aquelas que precisam ser executadas pontualmente. A padronização de um local para as prescrições ou solicitações no prontuário do paciente facilita sua execução. Prescrições feitas por escrito auxiliam os profissionais a compreender as especificidades de cada uma delas, quando devem ser executadas e por quem. As prescrições podem ser escritas em uma folha específica para isto e transferidas para o prontuário do paciente periodicamente ou no momento da alta.

Cada instituição decide:

- quais prescrições devem ser escritas e não verbais;
- quais requisições de exames de laboratório ou de imagem devem conter uma indicação/razão clínica;
- quaisquer exceções para setores especializados, como emergência e unidades de terapia intensiva;
- quem está autorizado a fazer prescrições; e
- onde as prescrições devem estar localizadas no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de COP.2.2

- ❑ 1. As prescrições são feitas por escrito, quando requerido, e estão de acordo com a política da instituição. (*ver também* MMU.4, EM 1)
- ❑ 2. As requisições dos exames de laboratório clínico e de diagnóstico por imagem contem indicação/razão clínica quando necessária à interpretação.
- ❑ 3. Todas as prescrições são feitas somente por profissionais autorizados.
- ❑ 4. As prescrições estão localizadas de forma padronizada no prontuário do paciente.

Padrão COP.2.3

Os procedimentos realizados são anotados no prontuário do paciente.

Propósito de COP.2.3

Os procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e outros realizados estão anotados no prontuário do paciente, assim como seus respectivos resultados. Tais procedimentos incluem endoscopia, cateterismo cardíaco e outros procedimentos invasivos e não invasivos realizados para fins de diagnóstico ou tratamento. (Para procedimentos cirúrgicos, *ver* ASC.7.2, EM 2, e COP.2.1, EM 6)

Elementos de Mensuração de COP.2.3

- ❑ 1. Os procedimentos realizados são registrados no prontuário do paciente. (*ver também* COP.2.1, EM 7)
- ❑ 2. Os resultados dos procedimentos realizados são registrados no prontuário do paciente.

Padrão COP.2.4

Os pacientes e seus familiares são informados sobre os resultados do cuidado e do tratamento, incluindo resultados imprevistos.

Propósito de COP. 2.4

O processo de cuidado e tratamento é um ciclo contínuo de avaliações e reavaliações, planejamento e prestação do cuidado, e avaliação dos resultados. Os pacientes e seus familiares são informados sobre os resultados do processo de avaliação, sobre o plano de cuidado e tratamento e participam das decisões sobre o cuidado. Portanto, para completar o ciclo da informação com os pacientes, eles precisam ser informados sobre o resultado do cuidado e tratamento. Isto inclui serem informados sobre quaisquer resultados imprevistos, no que se refere ao cuidado ao paciente.

Elementos de Mensuração de COP.2.4

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares são informados sobre os resultados do seu cuidado e tratamento. (*ver também* PFR.2.1.1, EM 1)
- ❑ 2. Os pacientes e seus familiares são informados sobre quaisquer resultados imprevistos, no que se refere ao cuidado ou tratamento do paciente. (*ver também* PFR.2.1.1, EM 2)

Cuidado aos Pacientes de Alto Risco e Disponibilização de Serviços de Alto Risco

---

Padrão COP.3

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes de alto risco e a disponibilização de serviços de alto risco.

Propósito de COP.3

As instituições de saúde atendem uma variedade de pacientes com diferentes necessidades de cuidado. Alguns pacientes são considerados como de alto risco em função de sua idade, condição ou natureza crítica de suas necessidades. As crianças e os idosos são, em geral, incluídos neste grupo devido ao fato de freqüentemente não poderem responder por si próprios, não compreenderem o processo de cuidado e não serem capazes de participar das decisões sobre seu cuidado. Da mesma forma, o paciente de emergência, assustado, confuso ou comatoso é incapaz de compreender o processo de cuidado quando este necessita ser prestado de modo rápido e eficiente.

As instituições também prestam uma variedade de serviços, alguns dos quais são considerados de alto risco devido aos equipamentos de alta complexidade necessários ao tratamento de situações que envolvem risco de vida (pacientes em diálise), à natureza do tratamento (transfusão de sangue e hemoderivados), ao potencial de dano para o paciente (contenção) ou ao efeito tóxico de certos medicamentos de alto risco (por exemplo, quimioterapia).

Políticas e procedimentos são ferramentas importantes para os profissionais identificarem melhor esses pacientes e serviços e responderem de modo preciso, competente e uniforme. Os líderes são responsáveis por:

- identificar os pacientes e serviços considerados de alto risco na instituição;
- utilizar um processo colaborativo para desenvolver políticas e procedimentos relevantes; e
- treinar os profissionais na implementação das políticas e procedimentos.

Os pacientes e serviços identificados nos padrões COP.3.1 até COP.3.9, quando existentes na instituição, estão incluídos no processo. Outros pacientes e serviços são incluídos quando representados na população de pacientes e serviços da instituição.

As instituições também podem pretender identificar o risco associado a quaisquer procedimentos ou ao plano de cuidado (por exemplo, a necessidade de prevenir trombose venosa profunda, úlceras de decúbito e quedas). Tais riscos, quando presentes, podem ser prevenidos através da educação dos profissionais e do desenvolvimento de políticas e procedimentos apropriados. (*ver também* PFR.1.5, EMs 1 e 2)

Elementos de Mensuração de COP.3

- ❑ 1. Os líderes da instituição identificaram os pacientes e serviços de alto risco.
- ❑ 2. Os líderes desenvolvem políticas e procedimentos aplicáveis.
- ❑ 3. Os profissionais foram treinados e utilizam as políticas e procedimentos para orientar o cuidado.

Padrão COP.3.1

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em situação de emergência.

Padrão COP.3.2

Políticas e procedimentos orientam a utilização de serviços de ressuscitação em toda a instituição.

Padrão COP.3.3

Políticas e procedimentos orientam o manuseio, utilização e administração de sangue e hemoderivados.

Padrão COP.3.4

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes comatosos ou em suporte à vida.

Padrão COP.3.5

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes portadores de doenças transmissíveis e aos pacientes imunodeprimidos.

Padrão COP.3.6

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em diálise.

Padrão COP.3.7

Políticas e procedimentos orientam o uso de contenção e o cuidado aos pacientes sob contenção.

Padrão COP.3.8

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes idosos, portadores de deficiência, crianças e populações de risco para abuso.

Padrão COP.3.9

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em uso de quimioterapia ou outros medicamentos de alto risco.

Propósito de COP.3.1 a COP.3.9

Políticas e procedimentos devem ser elaborados para a população específica de pacientes de alto risco ou serviços de alto risco, para que sejam adequados e eficazes na redução do risco associado. É especialmente importante que a política ou o procedimento identifique:

a) como será o planejamento, incluindo a identificação das diferenças entre as populações de adultos e crianças ou outros aspectos especiais;

b) a documentação necessária para que a equipe de cuidado trabalhe e se comunique de modo eficaz;

c) as considerações relativas aos consentimentos especiais, se apropriado;

d) exigências de monitoramento do paciente;

e) qualificações ou habilidades especiais dos profissionais envolvidos no processo de cuidado; e

f) a disponibilidade e uso de equipamento especializado.

Diretrizes clínicas e fluxogramas clínicos são freqüentemente úteis para o desenvolvimento de políticas e procedimentos e podem ser a eles incorporados. (*ver também* PFR.1.4, EM 2; PFR.1.5, EMs 1 e 2; e AOP.1.7)

Nota: Para os padrões COP.3.1 a COP.3.9, os elementos de a) a f) do propósito devem estar refletidos nas políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.1

- ❑ 1. Políticas e procedimentos adequados orientam o cuidado aos pacientes em situação de emergência.
- ❑ 2. O cuidado aos pacientes é prestado de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.2

- ❑ 1. Políticas e procedimentos adequados orientam o uso uniforme dos serviços de ressuscitação em toda a instituição.
- ❑ 2. A ressuscitação é realizada de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.3

- ❑ 1. Políticas e procedimentos adequados orientam a manipulação, uso e administração de sangue e hemoderivados.
- ❑ 2. A administração de sangue e hemoderivados é realizada de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.4

- ❑ 1. O cuidado aos pacientes comatosos é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 2. O cuidado aos pacientes em suporte avançado de vida é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 3. O cuidado prestado aos pacientes comatosos e aos pacientes em suporte avançado de vida está de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.5

- ❑ 1. O cuidado aos pacientes portadores de doenças transmissíveis é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 2. O cuidado aos pacientes imunodeprimidos é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 3. O cuidado prestado aos pacientes imunodeprimidos e aos portadores de doenças transmissíveis está de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.6

- ❑ 1. O cuidado prestado aos pacientes em diálise é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 2. O cuidado prestado aos pacientes em diálise está de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.7

- ❑ 1. O uso de contenção é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 2. O cuidado prestado aos pacientes em contenção está de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.8

- ❑ 1. O cuidado aos pacientes idosos, frágeis e dependentes é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 2. O cuidado prestado aos pacientes idosos, frágeis e dependentes está de acordo com as políticas e procedimentos.
- ❑ 3. O cuidado às crianças pequenas e dependentes é orientado por políticas e procedimentos.
- ❑ 4. O cuidado prestado às crianças pequenas e dependentes está de acordo com as políticas e procedimentos.
- ❑ 5. As populações de pacientes em risco de abuso são identificadas e seu cuidado é orientado por políticas e procedimentos adequados.
- ❑ 6. O cuidado prestado às populações de pacientes em risco de abuso está de acordo com as políticas e procedimentos.

Elementos de Mensuração de COP.3.9

- ❑ 1. O cuidado aos pacientes em uso de quimioterapia ou de outros medicamentos de alto risco é orientado por políticas e procedimentos adequados.
- ❑ 2. O cuidado prestado aos pacientes em uso de quimioterapia ou de outros medicamentos de alto risco está de acordo com as políticas e procedimentos.

Alimentação e Terapia Nutricional

Padrão COP.4

Existe uma variedade de opções de alimentos regularmente disponíveis, apropriados ao estado nutricional do paciente e às suas condições clínicas.

Propósito de COP.4

Alimentação e nutrição apropriadas são importantes para o bem-estar e recuperação dos pacientes. Alimentação adequada à idade, às preferências culturais e alimentares do paciente e ao cuidado planejado está disponível regularmente. O paciente participa do planejamento e da escolha dos alimentos, e seus familiares podem participar, quando apropriado, fornecendo alimentos compatíveis com suas tradições culturais, religiosas e outras tradições e práticas. Baseado nas necessidades identificadas na avaliação do paciente e no plano de cuidados, o médico do paciente ou outro profissional qualificado solicita alimentação ou outros nutrientes apropriados ao paciente. Quando os familiares ou outras pessoas fornecem alimentos para o paciente, eles são educados sobre os alimentos contra-indicados de acordo com as necessidades e planos de cuidado ao paciente, incluindo informações sobre quaisquer interações entre alimentos e medicamentos. Quando possível, oferece-se aos pacientes uma variedade de opções de alimentos de acordo com seu estado nutricional.

Elementos de Mensuração de COP.4

- ❑ 1. Alimentação ou nutrição adequada para o paciente está regularmente disponível.
- ❑ 2. Todos os pacientes têm uma prescrição dietoterápica registrada em seu prontuário, antes da refeição.
- ❑ 3. A prescrição está baseada no estado nutricional e nas necessidades do paciente.
- ❑ 4. Aos pacientes é oferecida uma variedade de opções alimentares, de acordo com suas condições clínicas.
- ❑ 5. Quando os familiares fornecem alimentos para o paciente, eles são educados a respeito das restrições dietéticas do paciente.

Padrão COP.4.1

Os processos de preparação, manipulação, armazenamento e distribuição de alimentos são seguros e estão de acordo com as leis, regulamentos e práticas aceitas atualmente.

Propósito de COP.4.1

A preparação, o armazenamento e a distribuição dos alimentos são monitorados para garantir a segurança e a conformidade com as leis, regulamentos e práticas aceitas atualmente. As práticas de preparo e armazenamento dos alimentos reduzem o risco de contaminação e deterioração. Os alimentos são distribuídos aos pacientes em horários especificados. Os alimentos e produtos nutricionais, incluindo produtos para nutrição enteral, estão disponíveis para atender às necessidades especiais do paciente.

Elementos de Mensuração de COP.4.1

- ❑ 1. Os alimentos são preparados de modo a reduzir o risco de contaminação e deterioração.
- ❑ 2. Os alimentos são armazenados de modo a reduzir o risco de contaminação e deterioração.
- ❑ 3. Os produtos para nutrição enteral são armazenados de acordo com as recomendações do fabricante.
- ❑ 4. A distribuição dos alimentos ocorre nos horários marcados e os pedidos especiais são atendidos.
- ❑ 5. As práticas atendem às leis, regulamentos aplicáveis e às práticas aceitáveis.

Padrão COP.5

Os pacientes com risco nutricional recebem terapia nutricional.

Propósito de COP.5

Na avaliação inicial é feita uma triagem dos pacientes para identificar aqueles que apresentam risco nutricional. Esses pacientes são referidos a um nutricionista para avaliação adicional. Quando se identifica que um paciente apresenta risco nutricional, é executado um plano para terapia nutricional. A evolução do paciente é monitorada e registrada no seu prontuário. As equipes médicas, de enfermagem e de nutrição e, quando apropriado, os familiares do paciente, colaboram para planejar e fornecer terapia nutricional. *(ver também* AOP.1.6, propósito)

Elementos de Mensuração de COP.5

- ❑ 1. O paciente cuja avaliação indica risco nutricional recebe terapia nutricional.
- ❑ 2. Um processo colaborativo é utilizado para planejar, fornecer e monitorar a terapia nutricional. *(ver também* COP.2, propósito)
- ❑ 3. A resposta do paciente à terapia nutricional é monitorada. *(ver também* AOP.2, EM 1)
- ❑ 4. A resposta do paciente à terapia nutricional é registrada no seu prontuário. *(ver também* MCI.19.1, EM 5)

Gerenciamento da Dor

Padrão COP.6

O paciente recebe apoio ao gerenciamento eficaz da dor.

Propósito de COP.6

A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente. A dor sem alívio tem efeitos físicos e psicológicos adversos. O direito do paciente à avaliação e gerenciamento adequados da dor é respeitado e apoiado (*ver também* PFR.2.5, propósito). Com base no escopo dos serviços oferecidos, a instituição tem processos para avaliar e gerenciar adequadamente a dor, incluindo:

a) a identificação do paciente com dor durante a avaliação inicial e nas reavaliações;
b) o gerenciamento da dor de acordo com diretrizes ou protocolos clínicos;
c) a comunicação e educação dos pacientes e familiares sobre a dor e o gerenciamento e dos sintomas no contexto de suas crenças pessoais, culturais e religiosas (*ver também* PFR.1.1, EM 1); e
d) a orientação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e o gerenciamento da dor. (*ver também* PFR.2.4)

Elementos de Mensuração de COP.6

- ❑ 1. Com base no escopo dos serviços oferecidos, a instituição tem processos para identificar os pacientes com dor. (*ver também* AOP.1.7, EM 1; e AOP.1.8.2, EM 1)
- ❑ 2. Os pacientes com dor são assistidos de acordo com os protocolos de gerenciamento da dor.
- ❑ 3. Com base no escopo dos serviços oferecidos, a instituição tem processos para se comunicar com os pacientes e familiares e educá-los sobre a dor. (*ver também* PFE.4, EM 4)
- ❑ 4. Com base no escopo dos serviços oferecidos, a instituição tem processos para educação dos profissionais sobre a dor (ver SQE.3, EM 1)

Cuidado aos Pacientes em Final de Vida

Os pacientes em final de vida e seus familiares requerem cuidados especialmente dirigidos às suas necessidades específicas. Os pacientes terminais podem experimentar sintomas relacionados ao processo da doença ou a tratamentos curativos ou podem precisar de ajuda para lidar com questões psicossociais, espirituais e culturais associadas à morte e a morrer. Os familiares e prestadores de cuidado podem precisar de um descanso ao cuidar de um familiar com doença terminal ou de ajuda para lidar com o sofrimento e a perda.

O objetivo da instituição ao prestar cuidado aos pacientes em final de vida leva em consideração os ambientes onde o cuidado ou o serviço é prestado (unidades de cuidados paliativos, por exemplo), o tipo de serviço oferecido e o perfil da população atendida. A instituição desenvolve processos para gerenciar o cuidado ao paciente em final de vida. Esses processos:

- asseguram aos pacientes que os sintomas serão avaliados e gerenciados de forma adequada;
- garantem que os pacientes em fase terminal serão tratados com dignidade e respeito;
- avaliam com a freqüência necessária os pacientes para identificar sintomas;
- planejam abordagens preventiva e terapêutica para o gerenciamento de sintomas; e
- educam os pacientes e os profissionais sobre o gerenciamento de sintomas.

Padrão COP.7

A instituição define o cuidado ao paciente em final de vida.

Propósito de COP.7

Os pacientes em final de vida têm necessidades especiais de cuidado respeitoso e com compaixão e todos os profissionais devem estar conscientes dessas necessidades. A preocupação com o conforto e a dignidade do paciente deve orientar todos os aspectos do cuidado nos estágios finais da vida. O cuidado prestado pela instituição ao paciente em final de vida inclui:

a) o tratamento apropriado de todos os sintomas, de acordo com os desejos do paciente e seus familiares;
b) a abordagem delicada de assuntos como autópsia e doação de órgãos;
c) o respeito aos valores, religião e preferências culturais do paciente;
d) o envolvimento do paciente e seus familiares em todos os aspectos do cuidado; e
e) a resposta às preocupações psicológicas, emocionais, espirituais e culturais do paciente e seus familiares.

Para atingir esses objetivos, todos os profissionais devem estar cientes das necessidades específicas dos pacientes em final de vida. (*ver também* PFR.2.5, propósito). A instituição monitora a qualidade do cuidado prestado a esses pacientes, avaliando as percepções da família e dos profissionais, sobre o cuidado prestado.

Elementos de Mensuração de COP.7

❑ 1. Os profissionais estão cientes das necessidades específicas dos pacientes em final de vida. (*ver também* PFR.1.1, EM 1)
❑ 2. O cuidado prestado pela instituição ao paciente em final de vida contempla suas necessidades, incluindo pelo menos os elementos a) até e), do propósito deste padrão.
❑ 3. A qualidade do cuidado prestado aos pacientes em final de vida é avaliada pela família e pelos profissionais.

Padrão COP.7.1

O cuidado ao paciente terminal otimiza seu conforto e dignidade.

Propósito de COP.7.1

A instituição assegura que o cuidado aos pacientes com dor ou em estado terminal seja adequado através de:

- intervenções para gerenciar a dor e os sintomas primários ou secundários;
- prevenção de sintomas e complicações até o nível razoavelmente possível;
- intervenções que consideram as necessidades psicossociais, emocionais e espirituais do paciente e de seus familiares, relativas à morte e ao luto;
- intervenções que consideram as preocupações religiosas e culturais do paciente e de seus familiares; e
- inclusão do paciente e seus familiares nas decisões sobre o cuidado.

Elementos de Mensuração de COP.7.1

- ❑ 1. Intervenções são feitas para gerenciar a dor e os sintomas primários ou secundários. (*ver também* PFR.2.4, EM 1)
- ❑ 2. Os sintomas e complicações são prevenidos até o nível razoavelmente possível. (*ver também* AOP.2, EM 2)
- ❑ 3. As intervenções realizadas consideram as necessidades psicossociais, emocionais e espirituais do paciente e de seus familiares, relativas à morte e ao luto.
- ❑ 4. As intervenções consideram as preocupações religiosas e culturais do paciente e de seus familiares.
- ❑ 5. O paciente e seus familiares são envolvidos nas decisões sobre o cuidado. (*ver também* PFR.2, EM 1, e PFR.2.1, EM 4)

Anestesia e Cirurgia (ASC)

Apresentação

Anestesia, sedação e intervenções cirúrgicas são processos comuns e complexos em uma instituição de saúde. Esses procedimentos requerem avaliação do paciente de forma completa e abrangente, um plano integrado de cuidados, monitoramento contínuo do paciente e a transferência baseada em critérios para a continuidade do cuidado, reabilitação, e eventual transferência e alta.

Anestesia e sedação são comumente consideradas como um continuum desde a sedação mínima até a anestesia completa. Como a resposta do paciente pode deslocá-lo ao longo desse continuum, anestesia e sedação são organizadas de modo integrado. Portanto, este capítulo inclui anestesia e sedação moderada e profunda, durante as quais os reflexos do paciente, necessários para a função ventilatória, estão sob risco. Aqui não está incluída a sedação mínima (ansiólise). Portanto, o uso do termo "anestesia" inclui sedação moderada e profunda.

Nota: Os padrões de anestesia e cirurgia são aplicáveis em qualquer unidade onde seja realizada anestesia e/ou sedação moderada ou profunda, procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos que requeiram consentimento (*ver também* PFR.6.4). Essas unidades incluem centros cirúrgicos, hospitais-dia, clínicas odontológicas ou outras clínicas de atendimento externo, serviços de emergência, cuidados intensivos e outros.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Organização e Gerenciamento

ASC.1 Existem serviços de anestesia (inclui sedação moderada e profunda) disponíveis para atender às necessidades dos pacientes, e todos esses serviços estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais, e os padrões profissionais.

ASC.2 Existe um profissional qualificado, responsável pelo gerenciamento dos serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda).

Assistência à Sedação

ASC.3 Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes sob sedação moderada ou profunda.

Assistência Anestésica

ASC.4 Um indivíduo qualificado realiza a avaliação pré-anestésica e a avaliação pré-indução.

ASC.5 Todas as anestesias são planejadas e documentadas no prontuário do paciente.

ASC.5.1 Os riscos, benefícios e alternativas são discutidos com o paciente, seus familiares ou aqueles que tomam decisões em seu nome.

ASC.5.2 A anestesia empregada e a técnica anestésica são anotadas no prontuário do paciente.

ASC.5.3 O estado fisiológico de cada paciente durante a anestesia é continuamente monitorado e anotado no prontuário do paciente.

ASC.6 O estado pós-anestésico de cada paciente é monitorado e documentado, e o paciente é liberado da área de recuperação por um indivíduo qualificado ou através da utilização de critérios estabelecidos.

Assistência Cirúrgica

ASC.7 A assistência cirúrgica de cada paciente é planejada e documentada com base nos resultados da avaliação.

ASC.7.1 Os riscos, benefícios e alternativas são discutidos com o paciente e seus familiares ou com aqueles que tomam decisões em seu nome.

ASC.7.2 O prontuário do paciente contém um relatório cirúrgico ou uma breve nota operatória, para facilitar a continuidade do cuidado.

ASC.7.3 O estado fisiológico de cada paciente é monitorado continuamente, durante e imediatamente após a cirurgia e anotado no prontuário do paciente.

ASC.7.4 O cuidado ao paciente após a cirurgia é planejado e documentado.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Organização e Gerenciamento

Padrão ASC.1

Existem serviços de anestesia (inclui sedação moderada e profunda) disponíveis para atender às necessidades dos pacientes, e todos esses serviços estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais, e os padrões profissionais.

Propósito de ASC.1

A instituição tem um sistema para oferecer serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) necessários aos pacientes por ela atendidos, aos serviços clínicos oferecidos e às necessidades dos profissionais de saúde. Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais aplicáveis.

Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda e os serviços necessários para atender aos casos de emergência) podem ser oferecidos dentro da instituição, através de acordo com outra instituição, ou de ambas as formas. Esses serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão disponíveis após o horário regular de funcionamento, para atender aos casos de emergência.

Todos os casos em que são utilizados serviços externos de anestesia são feitos com base na recomendação do diretor ou outros profissionais responsáveis pelos serviços de anestesia/sedação. Esses serviços externos estão de acordo com a legislação e tem um currículo aceitável no que se refere à qualidade e segurança do paciente.

Elementos de Mensuração de ASC.1

- ❑ 1. Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos aplicáveis.
- ❑ 2. Serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) adequados, regulares e convenientes estão disponíveis para atender às necessidades dos pacientes.
- ❑ 3. Existem serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) disponíveis após o horário regular de funcionamento, para atender aos casos de emergência.
- ❑ 4. Os serviços externos são selecionados com base nas recomendações do diretor, em um currículo de desempenho aceitável e de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

Padrão ASC.2

Existe um profissional qualificado, responsável pelo gerenciamento dos serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda).

Propósito de ASC.2

Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão sob a direção de um ou mais indivíduos com qualificação documentada de treinamentos, habilidades e experiência, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Este indivíduo (s) assume a responsabilidade profissional pelos serviços de anestesia realizados.

Essas responsabilidades incluem:

- desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos;
- supervisão administrativa;
- manutenção de quaisquer programas de controle de qualidade necessários;

- recomendação de serviços externos de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda); e
- monitoramento e análise de todos os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda).

Elementos de Mensuração de ASC.2

- ❑ 1. Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) são uniformes em toda a instituição. *(ver também* COP.1, EM 1)
- ❑ 2. Os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão sob a direção de um ou mais indivíduos qualificados. *(ver também* GLD.5)
- ❑ 3. Responsabilidades pelo desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos estão definidas e são cumpridas.
- ❑ 4. Responsabilidades pela manutenção de programas de controle de qualidade estão definidas e são cumpridas.
- ❑ 5. Responsabilidades pela recomendação de serviços externos de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão definidas e são cumpridas. *(ver também* GLD.3.3, EM 1)
- ❑ 6. Responsabilidades pelo monitoramento e análise de todos os serviços de anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) estão definidas e são cumpridas.

Assistência à Sedação

Padrão ASC.3

Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes sob sedação moderada ou profunda.

Propósito de ASC.3

A sedação – em particular a sedação moderada e profunda - impõe riscos ao paciente e portanto deve ser executada de acordo com definições, políticas e procedimentos claros. Os graus de sedação ocorrem em um continuum, podendo o paciente progredir de um nível para o outro, dependendo da medicação administrada, da via e da dose. Aspectos importantes a serem considerados incluem a capacidade do paciente em manter os reflexos protetores, as vias aéreas permeáveis, e a resposta ao estímulo físico ou a comandos verbais.

As políticas e procedimentos para sedação incluem:

a) como será feito o planejamento, considerando as diferenças entre adultos e crianças ou outras considerações especiais;
b) documentação requerida para assegurar o trabalho e a comunicação efetiva entre os profissionais da equipe;
c) considerações sobre consentimento específico, se apropriado;
d) tipo e freqüência de monitoramento do paciente exigidos;
e) qualificações ou habilidades específicas dos profissionais envolvidos no processo de sedação; e
f) disponibilidade e uso de equipamentos especializados.

As qualificações do médico, dentista ou outro profissional qualificado e responsável pela sedação moderada ou profunda do paciente também são importantes. O profissional deve ser competente em:

g) técnicas variadas de sedação;
h) monitoramento apropriado;
i) resposta a complicações;
j) uso de agentes antagonistas; e
k) pelo menos suporte básico à vida.

O profissional qualificado e responsável realiza a avaliação pré-sedação do paciente para ter certeza de que a sedação planejada e o nível de sedação são os apropriados. A política institucional define o escopo e conteúdo dessa avaliação.

Além do médico ou dentista, um indivíduo qualificado é responsável pelo monitoramento ininterrupto dos parâmetros fisiológicos do paciente e pela assistência em medidas de suporte ou ressuscitação. As qualificações do indivíduo que monitora e os equipamentos e suprimentos utilizados no monitoramento são os mesmos utilizados em outros setores da instituição (por exemplo, no centro cirúrgico e na clínica odontológica ambulatorial). Portanto, o mesmo nível de cuidado é mantido. (*ver também* COP.1, EM 3, e GLD.3.2.1, EM 3)

As definições dos diferentes níveis de sedação podem ser encontradas no Glossário deste manual.

Elementos de Mensuração de ASC.3

❑ 1. Políticas e procedimentos apropriados contendo pelo menos os elementos de a) até f) do propósito deste padrão, orientam o cuidado aos pacientes sob sedação moderada ou profunda. (*ver também* AOP.2, EM 3; COP.1, EM 3; e MMU.4, EM 1)
❑ 2. O indivíduo(s) qualificado em ASC.2 participa do desenvolvimento das políticas e procedimentos.
❑ 3. Existe uma avaliação pré-sedação, que está de acordo com a política institucional para avaliar o risco e a adequação da sedação para o paciente. (*ver também* AOP.1.1, EM.1)
❑ 4. O profissional qualificado e responsável pela sedação está qualificado pelo menos nos elementos de g) até k) do propósito deste padrão.
❑ 5. Um indivíduo qualificado monitora o paciente durante o período da sedação e documenta esse monitoramento.
❑ 6. Critérios estabelecidos para a recuperação e alta da sedação são desenvolvidos e documentados.
❑ 7. As sedações moderadas e profundas são administradas segundo a política do hospital.

Assistência Anestésica

Padrão ASC.4

Um indivíduo qualificado realiza a avaliação pré-anestésica e a avaliação pré-indução.

Propósito de ASC.4

Como a anestesia é uma intervenção de alto risco, sua administração é cuidadosamente planejada. A avaliação pré-anestésica do paciente é a base desse plano e também para a analgesia pós-operatória. A avaliação pré-anestésica fornece as informações necessárias para:

- escolher a anestesia e planejar sua execução;
- administrar de forma segura o anestésico apropriado; e
- interpretar os achados do monitoramento do paciente.

A avaliação pré-anestésica é executada pelo anestesiologista ou outro indivíduo qualificado.

A avaliação pré-anestésica pode ser realizada algum tempo antes da internação, antes do procedimento cirúrgico, ou logo antes de um procedimento cirúrgico de emergência ou ainda no caso de procedimentos obstétricos.

A avaliação pré-indução é distinta da avaliação anestésica, já que esta tem como foco principal o *status* fisiológico do paciente e a aptidão para anestesia, e ocorre imediatamente antes da indução da anestesia.

No caso de anestesia de emergência, a avaliação pré-anestésica e a avaliação pré-indução podem ser realizadas em seguida imediatamente uma após a outra ou simultaneamente, mas são documentadas de forma independente.

Elementos de Mensuração de ASC.4

❑ 1. Todos os pacientes sofrem uma avaliação pré-anestésica. (*ver também* AOP.1.1, EM 1)
❑ 2. Uma avaliação pré-indução distinta é realizada para reavaliar os pacientes imediatamente antes da indução.
❑ 3. As duas avaliações são realizadas por indivíduos qualificados para isto.
❑ 4. As duas avaliações estão documentadas no prontuário clínico.

Padrão ASC.5

Todas as anestesias são planejadas e documentadas no prontuário do paciente.

Propósito de ASC.5

A assistência anestésica é cuidadosamente planejada e documentada no relato anestésico. O plano leva em consideração as informações obtidas de outras avaliações do paciente e define a anestesia a ser utilizada, o método de administração, outros medicamentos e fluidos, procedimentos de monitoramento e a previsão do cuidado pós-anestésico.

Elementos de Mensuração de ASC.5

- ❑ 1. A assistência anestésica de cada paciente é planejada.
- ❑ 2. O planejamento é documentado.

Padrão ASC.5.1

Os riscos, benefícios e alternativas são discutidos com o paciente, seus familiares ou aqueles que tomam decisões em seu nome.

Propósito de ASC.5.1

O processo de planejamento da anestesia inclui a educação do paciente, de seus familiares ou daqueles que tomam decisões em seu nome, sobre os riscos, benefícios, e alternativas relacionadas à anestesia planejada e à analgesia pós-operatória. Esta discussão faz parte do processo de obtenção do consentimento para a anestesia (incluindo sedação moderada e profunda) conforme requerido no padrão PFR.6.4, EM 2. Um anestesiologista ou outro profissional qualificado fornece essa educação.

Elementos de Mensuração de ASC.5.1

- ❑ 1. O paciente, seus familiares e aqueles que tomam decisões em seu nome são educados sobre os riscos, benefícios e alternativas anestésicas. (*ver também* PFR.6.4. EM 2).
- ❑ 2. Um anestesiologista ou outro profissional qualificado fornece esta orientação.

Padrão ASC.5.2

A anestesia empregada e a técnica anestésica são anotadas no prontuário do paciente.

Propósito de ASC.5.2

A anestesia e a técnica anestésica empregadas são anotadas no relato anestésico do paciente.

Elementos de Mensuração de ASC.5.2

- ❑ 1. A anestesia utilizada é anotada no relato anestésico do paciente (*ver também* COP.2.1, EM 7; e MCI.19.1, EM 4)
- ❑ 2. A técnica anestésica empregada é anotada no relato anestésico do paciente.
- ❑ 3. O anestesiologista e/ou enfermeira de anestesia e os assistentes de anestesia estão identificados no prontuário de anestesia do paciente.

Padrão ASC.5.3

O estado fisiológico de cada paciente durante a anestesia é continuamente monitorado e anotado no prontuário do paciente.

Propósito de ASC.5.3

O monitoramento fisiológico do paciente fornece informações seguras sobre seu estado durante a anestesia (geral, raquidiana/peridural e regional) e durante o período de recuperação. Os métodos de monitoramento dependem do estado do paciente antes da anestesia, da anestesia empregada e da complexidade do procedimento cirúrgico ou outro procedimento executado durante a anestesia. Em todos os casos, porém, todo o monitoramento durante a anestesia é um processo contínuo e os resultados são anotados no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de ASC.5.3

- ❑ 1. Políticas e procedimentos estabelecem a freqüência mínima e o tipo de monitoramento durante a anestesia, e a uniformidade para pacientes similares em quaisquer setores ou departamentos onde a anestesia seja realizada. (*ver também* AOP.2, EMs 1-3)
- ❑ 2. O estado fisiológico do paciente é monitorado de acordo com a política e procedimento do hospital, durante a administração da anestesia. *(ver também* AOP.2, EMs 1 e 2)
- ❑ 3. Os resultados do monitoramento são anotados no relato anestésico do paciente. *(ver também* MCI.19.1, EM 4)

Padrão ASC.6

O estado pós-anestésico de cada paciente é monitorado e documentado, e o paciente é liberado da área de recuperação por um indivíduo qualificado ou através da utilização de critérios estabelecidos.

Propósito de ASC.6

O monitoramento durante a anestesia é a base do monitoramento no período de recuperação pós-anestésica. A coleta e análise dos dados sobre o estado do paciente na fase de recuperação, realizados de forma sistemática e contínua, apóiam as decisões de transferência do paciente para outros setores e serviços de cuidados menos intensivos. O registro dos dados do monitoramento fornece a documentação necessária para dar suporte às decisões de alta.

A alta da área de recuperação pós-anestésica, ou término do monitoramento da recuperação ocorre através de uma das seguintes alternativas:

a) A alta do paciente (ou encerramento do monitoramento da recuperação) é determinada por um anestesista plenamente qualificado ou por outro indivíduo autorizado pela pessoa responsável pelos serviços de anestesia.

b) A alta do paciente (ou encerramento do monitoramento da recuperação) é determinada por um enfermeiro ou outro indivíduo de qualificação similar, de acordo com critérios pós-anestésicos desenvolvidos pelos líderes do hospital, e o prontuário do paciente contém evidências de que os critérios são atendidos.

c) O paciente é liberado para uma unidade considerada adequada para o cuidado pós-anestésico ou pós-sedação de pacientes selecionados, tais como uma unidade de cuidados intensivos cardiovasculares e unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos, entre outras.

Os horários de chegada e saída da área de recuperação (ou encerramento do monitoramento da recuperação) são registrados.

Elementos de Mensuração de ASC.6

- ❑ 1. Os pacientes são monitorados durante o período de recuperação pós-anestésica de acordo com a política do hospital. *(ver também* AOP.2, EM 3)
- ❑ 2. Os achados do monitoramento são anotados no prontuário clínico do paciente, seja em papel ou em meio eletrônico. *(ver também* MCI.19.1, EM 4)
- ❑ 3. Os pacientes recebem alta da unidade pós-anestésica (ou encerramento do monitoramento da recuperação) de acordo com as alternativas descritas nos itens de a) até c) do propósito deste padrão.
- ❑ 4. Os horários de início e término do monitoramento da recuperação são registrados no prontuário do paciente.

Assistência Cirúrgica

Padrão ASC.7

A assistência cirúrgica de cada paciente é planejada e documentada com base nos resultados da avaliação.

Propósito de ASC.7

Como a cirurgia é uma intervenção de risco elevado, sua realização é cuidadosamente planejada. A(s) avaliação(ões) do paciente constitui(em) a base para a escolha do procedimento cirúrgico adequado. A(s) avaliação(ões) fornece(m) informações necessárias para:

- selecionar o procedimento adequado e o momento ideal;
- realizar os procedimentos com segurança; e
- interpretar os achados obtidos do monitoramento do paciente.

A escolha do procedimento depende da história do paciente, do estado físico e de dados diagnósticos, assim como dos riscos e benefícios do procedimento para o paciente. A seleção do procedimento leva em consideração as informações da avaliação na admissão, exames diagnósticos e outros recursos disponíveis. O processo de avaliação é executado em curto período de tempo quando um paciente de emergência necessita de cirurgia.

A assistência cirúrgica planejada para o paciente é documentada no prontuário do paciente, incluindo um diagnóstico pré-operatório. O nome do procedimento cirúrgico simplesmente não constitui um diagnóstico.

Elementos de Mensuração de ASC.7

❑ 1. As informações obtidas na avaliação e utilizadas para a condução e suporte do procedimento invasivo planejado são registradas no prontuário do paciente, pelo médico responsável, antes da realização do procedimento. *(ver também* AOP.1.5.1, EM 1; AOP.5.3, EM 3; e AOP.6.4, EM 3)

❑ 2. A assistência cirúrgica de cada paciente é planejada, com base nas informações obtidas na avaliação. *(ver também* AOP.1.5.1, EM 1)

❑ 3. Antes da execução do procedimento, um diagnóstico pré-operatório e o planejamento do procedimento são registrados no prontuário do paciente, pelo médico responsável. *(ver também* AOP.1.5.1, EM 1; e MCI.19.1, EM 3)

Padrão ASC.7.1

Os riscos, benefícios e alternativas são discutidos com o paciente e seus familiares ou com aqueles que tomam decisões em seu nome.

Propósito de ASC.7.1

O paciente e seus familiares ou os que tomam decisões em seu nome recebem informações adequadas para participar das decisões sobre o cuidado e fornecer o consentimento informado requerido no padrão PFR.6.4. As informações incluem:

- os riscos do procedimento planejado;
- os benefícios do procedimento planejado;
- as complicações potenciais; e
- as opções (alternativas) cirúrgicas e não-cirúrgicas disponíveis para tratar o paciente.

Além disso, quando forem necessárias transfusões de sangue ou hemoderivados, as informações sobre riscos e opções são discutidas. O cirurgião do paciente ou outro indivíduo qualificado fornece essas informações.

Elementos de Mensuração de ASC.7.1

- ❑ 1. O paciente, seus familiares ou os que tomam decisões em seu nome são educados sobre os riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas relacionadas ao procedimento cirúrgico planejado. (*ver também* PFR.6.4, EM 1)
- ❑ 2. A educação inclui a necessidade, riscos e benefícios, e alternativas ao uso de sangue e produtos hemoderivados.
- ❑ 3. O cirurgião do paciente ou outro indivíduo qualificado fornece essa educação. (*ver também* PFR.6.1, EM 2)

Padrão ASC.7.2

O prontuário do paciente contém um relatório cirúrgico ou uma breve nota operatória, para facilitar a continuidade do cuidado.

Propósito de ASC.7.2

A assistência pós-operatória do paciente depende dos eventos e achados do procedimento cirúrgico. Assim, o prontuário do paciente inclui o diagnóstico pós-operatório, a descrição do procedimento cirúrgico e os achados (inclusive espécimes cirúrgicos enviados para exame), bem como os nomes do cirurgião e de seus assistentes. Para dar suporte à continuidade dos cuidados pós-operatórios, o relatório cirúrgico escrito está disponível antes que o paciente deixe a área de recuperação pós-anestésica. (*ver também* COP.2.1, EM 7; e AOP.5.3, EM 3)

Antes que o paciente deixe a área de recuperação pós-anestésica, uma breve nota operatória pode ser registrada no prontuário, como relatório cirúrgico. O conteúdo mínimo do relatório cirúrgico ou desta breve nota inclui:

a) diagnóstico pré-operatório;
b) nome do cirurgião e assistentes;
c) nome do procedimento;
d) peça cirúrgica enviada para exame;
e) menção específica a complicações ou a ausência de complicações durante o procedimento, incluindo volume da perda sanguínea; e
f) data, horário e assinatura do médico responsável.

Elementos de Mensuração de ASC.7.2

- ❑ 1. O relato cirúrgico escrito e uma breve nota operatória inclui os elementos de a) até f) descritos no propósito deste padrão.
- ❑ 2. O relato cirúrgico escrito ou uma breve nota operatória no prontuário do paciente está disponível, antes que o paciente deixe a área de recuperação pós-anestésica. (*ver também* COP.2.3, propósito)

Padrão ASC.7.3

O estado fisiológico de cada paciente é monitorado continuamente, durante e imediatamente após a cirurgia e anotado no prontuário do paciente.

Nota: A pontuação será aplicada aqui apenas se o procedimento for executado sob anestesia local, sem anestesia regional, geral, ou sedação.

Propósito de ASC.7.3

O estado fisiológico do paciente é continuamente monitorado durante e imediatamente após a cirurgia. O monitoramento é adequado às condições do paciente e ao procedimento realizado.

Os resultados do monitoramento desencadeiam decisões intra-operatórias essenciais, assim como decisões pós-operatórias, tais como retorno à sala de cirurgia, transferência para outro nível de cuidado ou alta. O monitoramento de informações orienta os cuidados médicos e de enfermagem e identifica a necessidade de procedimentos diagnósticos e outros. Os achados do monitoramento são anotados no prontuário do paciente. Estes requisitos estão associados aos mesmos requisitos relativos ao monitoramento fisiológico durante a anestesia. (*ver também* ASC.5.3)

Elementos de Mensuração de ASC.7.3

- ❑ 1. O estado fisiológico do paciente é continuamente monitorado durante a cirurgia. *(ver também* AOP.2, EM 1)
- ❑ 2. Os achados são anotados no prontuário do paciente. *(ver também* AOP.2, EM 1; e MCI.19.1, EM 4)

Padrão ASC.7.4

O cuidado ao paciente após a cirurgia é planejado e documentado.

Propósito de ASC.7.4

As necessidades de cuidados pós-operatórios médicos e de enfermagem de cada paciente são distintos. Portanto, é necessário planejar esse cuidado, inclusive o nível e o setor onde serão prestados os cuidados, monitoramento ou tratamento e a necessidade de medicamentos. O planejamento do cuidado pós-operatório pode começar antes da cirurgia com base na avaliação das necessidades e condições do paciente. O cuidado planejado é documentado no prontuário do paciente para garantir a continuidade dos serviços durante a recuperação ou período de reabilitação.

Elementos de Mensuração de ASC.7.4

- ❑ 1. O cuidado pós-operatório de cada paciente é planejado e inclui os aspectos médicos, de enfermagem e outros, conforme indicado pelas necessidades do paciente.
- ❑ 2. O plano(s) pós-operatório é documentado no prontuário do paciente, pelo cirurgião responsável ou verificado pelo cirurgião responsável, através de assinatura conjunta no plano de cuidado documentado por seu assistente.
- ❑ 3. O cuidado pós-operatório de enfermagem é documentado no prontuário do paciente.
- ❑ 4. Quando indicado pelas necessidades do paciente, o plano de cuidado pós-operatório fornecido por outros, é documentado no prontuário do paciente.
- ❑ 5. Os planos de cuidado são registrados no prontuário do paciente dentro de 24 horas após a cirurgia.
- ❑ 6. O cuidado planejado é prestado ao paciente.

Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU)

Apresentação

O gerenciamento de medicamentos é um componente importante no tratamento sintomático, preventivo, curativo e paliativo, assim como no gerenciamento de doenças e condições clínicas. O gerenciamento de medicamentos inclui o sistema e os processos que a instituição utiliza para fornecer fármacos aos seus pacientes. Este é normalmente um esforço multidisciplinar, coordenado, dos profissionais da instituição de saúde, que aplicam os princípios de elaboração, implementação e melhoria de processos à seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, transcrição, distribuição, preparo, dispensação, administração, documentação e monitoramento de terapias medicamentosas.

Se, por um lado, os papéis dos profissionais de saúde no gerenciamento de medicamentos variam de um país para o outro, os processos de gerenciamento de medicamentos para a segurança do paciente são universais.

Nota: Medicamento é definido como qualquer medicação prescrita; amostras, remédios naturais, vitaminas, nutracêuticos; medicamentos vendidos sem receita médica; vacinas; ou agentes diagnósticos e de contraste usados em ou administrados a pessoas para diagnosticar, tratar ou prevenir doenças ou outras condições anormais; medicamentos radioativos; tratamentos de terapia respiratória; nutrição parenteral; derivados do sangue; e soluções intravenosas (simples, com eletrólitos e/ou drogas).

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Organização e Gerenciamento

MMU.1 O uso de medicamentos na instituição está de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e é organizado para atender às necessidades do paciente.

MMU.1.1 Um farmacêutico, técnico ou outro profissional treinado e devidamente licenciado supervisiona a farmácia ou serviço farmacêutico.

Seleção e Aquisição

MMU.2 A instituição mantém uma seleção adequada de medicamentos armazenados ou prontamente disponíveis para prescrição ou solicitação.

MMU.2.1 Existe um método de supervisão da lista e do uso de medicamentos na instituição.

MMU.2.2 A instituição pode obter prontamente medicamentos não estocados ou não disponíveis normalmente na instituição, ou ainda em horários em que a farmácia esteja fechada.

Estoque

MMU.3 Os medicamentos são armazenados de forma adequada e segura.

MMU.3.1 Existe uma política institucional que orienta o armazenamento de medicamentos e de produtos de nutrição parenteral.

MMU.3.2 Quando armazenados fora da farmácia, os medicamentos de emergência estão disponíveis, monitorados e em segurança.

MMU.3.3 A instituição dispõe de um sistema de recolhimento de medicamentos.

Prescrição e Transcrição

MMU.4 A prescrição, requisição e transcrição são orientadas por políticas e procedimentos.

MMU.4.1 A instituição define os elementos de uma prescrição ou receita completa e os tipos de requisições consideradas aceitáveis.

MMU.4.2 A instituição identifica os profissionais qualificados e autorizados a prescrever ou solicitar medicamentos.

MMU.4.3 Os medicamentos prescritos e administrados são anotados no prontuário do paciente.

Preparo e Dispensação

MMU.5 As medicações são preparadas e dispensadas em um ambiente limpo e seguro.

MMU.5.1 As prescrições e solicitações de medicamentos são revisadas quanto à sua pertinência.

MMU.5.2 A instituição utiliza um sistema para dispensar medicamentos na dose certa, ao paciente certo, na hora certa.

Administração

MMU.6 A instituição identifica os profissionais qualificados e autorizados a administrar medicamentos.

MMU.6.1 A administração de medicamentos inclui um processo para verificar se a medicação está correta, de acordo com a prescrição.

MMU.6.2 Políticas e procedimentos regem os medicamentos trazidos para a instituição para auto-administração pelo paciente ou como amostras.

Monitoramento

MMU.7 Os efeitos dos medicamentos sobre os pacientes são monitorados.

MMU.7.1 Os erros de medicação, incluindo quase-falhas, são relatados através de processo e prazo definidos pela instituição.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Organização e Gerenciamento

Padrão MMU.1

O uso de medicamentos na instituição está de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e é organizado para atender às necessidades do paciente.

Propósito de MMU.1

O uso de medicamentos é um recurso importante no cuidado ao paciente e deve ser organizado de modo efetivo e eficiente em toda a instituição. A responsabilidade pelo gerenciamento de medicamentos não cabe apenas à farmácia, mas também aos administradores e profissionais de saúde. O modo através do qual esta responsabilidade é compartilhada depende da estrutura da instituição e da organização de seus recursos humanos. Nos casos em que não há farmácia, os medicamentos podem ser administrados em cada unidade de cuidado, de acordo com a política institucional. Em outros casos, em que há uma grande farmácia central, ela pode organizar e controlar os medicamentos de toda a instituição. O gerenciamento eficaz do uso de medicamentos inclui todos os setores da instituição, pacientes internados e externos e unidades especializadas. A legislação e os regulamentos aplicáveis estão incorporados à estrutura organizacional e às operações do sistema de gerenciamento dos medicamentos utilizados na instituição.

Para assegurar a eficiência e efetividade do gerenciamento e uso de medicamentos, a instituição executa uma revisão dos sistemas pelo menos uma vez por ano. A revisão anual reúne todas as informações e experiências relacionadas ao gerenciamento de medicamentos. As informações e experiências incluem, por exemplo:

- O desempenho do sistema, no que se refere a:
  - — seleção e aquisição de medicamentos;
  - — estoque;
  - — prescrição e transcrição;
  - — preparo e dispensação; e
  - — administração e monitoramento;
- Monitoramento resultante de mudanças na lista de medicamentos, tal como adição de fármacos;
- Monitoramento de erros de medicação e quase falhas;
- Necessidades de educação identificadas;
- Inclusão de novas práticas baseadas em evidências.

A revisão possibilita à instituição identificar as necessidades e prioridades de melhorias sistêmicas continuadas, na qualidade e segurança do uso de medicamentos.

Elementos de Mensuração de MMU.1

- ❑ 1. Existe um plano, política ou outro documento que define a organização e o gerenciamento do uso de medicamentos em toda a instituição.
- ❑ 2. Todos os setores, serviços e profissionais que gerenciam os processos de medicação estão incluídos na estrutura organizacional.
- ❑ 3. Todas as fases do gerenciamento e uso de medicamentos da instituição são orientadas por políticas.
- ❑ 4. Existe pelo menos uma revisão documentada do sistema de gerenciamento de medicamentos, realizada nos últimos 12 meses.
- ❑ 5. A farmácia ou serviço de farmácia e o uso de medicamentos estão de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.
- ❑ 6. Fontes adequadas de informações sobre fármacos estão prontamente disponíveis para os profissionais envolvidos com o uso de medicamentos.

Padrão MMU.1.1

Um farmacêutico, técnico ou outro profissional treinado e devidamente licenciado supervisiona a farmácia ou serviço farmacêutico.

Propósito de MMU.1.1

Um indivíduo qualificado supervisiona diretamente a farmácia ou serviço farmacêutico. O profissional é devidamente licenciado, certificado e treinado. A supervisão inclui todos os processos descritos de MMU.2 até MMU.5, e os aspectos apresentados nos padrões MMU.7 até MMU.7.1.

Elementos de Mensuração de MMU.1.1

- ❑ 1. Um indivíduo devidamente licenciado, certificado e treinado supervisiona todas as atividades. *(ver também* GLD.5, EM 1)
- ❑ 2. O indivíduo supervisiona os processos descritos de MMU.2 até MMU.5.

Seleção e Aquisição

Padrão MMU.2

A instituição mantém uma seleção adequada de medicamentos armazenados ou prontamente disponíveis para prescrição ou solicitação.

Propósito de MMU.2

Cada instituição deve decidir quais medicamentos devem estar disponíveis para prescrição e solicitação pelos profissionais de saúde. Esta decisão é baseada na missão da instituição, nas necessidades dos pacientes e nos tipos de serviços oferecidos. A instituição desenvolve uma lista (também conhecida como formulário) de todos os medicamentos que mantém em estoque ou prontamente disponíveis de fontes externas. Em alguns casos, leis ou regulamentos podem determinar os medicamentos que devem fazer parte da lista ou a fonte desses medicamentos. A seleção dos medicamentos é um processo colaborativo que considera as necessidades e a segurança dos pacientes, assim como os fatores econômicos. Eventualmente, pode ocorrer falta de medicamentos em estoque, por atraso de entrega, escassez no mercado nacional ou outras razões não previstas pelos mecanismos normais de inventário. Existe um processo para informar os profissionais que prescrevem a respeito da falta de medicamentos e dos substitutos sugeridos.

Elementos de Mensuração de MMU.2

- ❑ 1. Existe uma lista dos medicamentos em estoque na instituição ou prontamente disponíveis através de fontes externas.
- ❑ 2. A lista foi elaborada através de um processo colaborativo (a menos que determinado por regulamentação ou órgão externo à instituição).
- ❑ 3. Existe um processo estabelecido para as situações de falta de medicamentos, que inclui informar os profissionais que prescrevem a respeito da situação e dos substitutos sugeridos.

Padrão MMU.2.1

Existe um método de supervisão da lista e do uso de medicamentos na instituição.

Propósito de MMU.2.1

A instituição tem um método, como por exemplo, a nomeação de um comitê, para manter e monitorar a lista de medicamentos e para monitorar o uso de medicamentos. Participam do processo de supervisão da lista os profissionais

de saúde envolvidos com a prescrição, dispensação, administração e monitoramento do uso de medicamentos. As decisões de inclusão ou remoção de medicamentos da lista são orientadas por critérios que incluem: indicação do uso, eficácia, riscos e custos. Existe um processo ou mecanismo para monitorar a resposta do paciente aos medicamentos novos incluídos na lista. Por exemplo, quando é tomada a decisão de incluir um novo tipo de medicamento ou uma nova classe de fármacos, existe um processo para monitorar a adequação da indicação, como a droga é prescrita (dose ou via, por exemplo), e quaisquer eventos adversos inesperados, ou condições associadas à nova droga durante o período introdutório.

A lista é revisada pelo menos uma vez por ano, com base em informações sobre segurança, eficácia, uso e eventos adversos. Como parte do processo de gerenciamento dos medicamentos, é também necessário assegurar que os mesmos estão protegidos contra perda ou roubo, na farmácia ou em qualquer outro local onde sejam estocados ou dispensados.

Elementos de Mensuração de MMU.2.1

- ❑ 1. Existe um método para supervisionar o uso de medicamentos na instituição.
- ❑ 2. Os medicamentos estão protegidos contra perda ou roubo em toda a instituição.
- ❑ 3. Os profissionais de saúde envolvidos com os processos de prescrição, dispensação, administração e monitoramento do paciente, estão envolvidos na avaliação e manutenção da lista de medicamentos.
- ❑ 4. As decisões de inclusão ou remoção de medicamentos da lista são orientadas por critérios.
- ❑ 5. Quando medicamentos são adicionados à lista, existe um processo ou mecanismo para monitorar como a droga é utilizada, e a ocorrência de quaisquer eventos adversos imprevistos.
- ❑ 6. A lista é revisada pelo menos uma vez por ano, com base em informações sobre eficácia e segurança.

Padrão MMU.2.2

A instituição pode obter prontamente medicamentos não estocados ou não disponíveis normalmente na instituição, ou ainda em horários em que a farmácia esteja fechada.

Propósito de MMU.2.2

Eventualmente, medicamentos não estocados ou prontamente disponíveis à instituição são necessários. Existe um processo para aprovação e aquisição de tais medicamentos. Da mesma forma, há ocasiões em que os medicamentos são necessários durante a noite ou quando a farmácia está fechada ou o estoque trancado. Cada instituição precisa planejar essas ocorrências e educar o corpo profissional sobre os procedimentos a seguir nessas circunstâncias. (*ver também* GLD.3.2.1, EM 2)

Elementos de Mensuração de MMU.2.2

- ❑ 1. Existe um processo para aprovar e adquirir os medicamentos necessários e fora de estoque ou não disponíveis normalmente na instituição. (*ver também* GLD.3.2.1, EM 1)
- ❑ 2. Existe um processo para obter medicamentos nos horários em que a farmácia está fechada ou o estoque trancado. (*ver também* GLD.3.2.1, EM 2)
- ❑ 3. Os profissionais conhecem o processo.

Estoque

Padrão MMU.3

Os medicamentos são armazenados de forma adequada e segura.

Propósito de MMU.3

Os medicamentos podem ser armazenados em um almoxarifado central, na farmácia ou serviço farmacêutico, nas unidades de cuidado ao paciente, ou ainda nos postos de enfermagem. O padrão MMU.1 apresenta o mecanismo de supervisão para todos os locais onde existem medicamentos armazenados. Em todos esses locais, está evidente o seguinte:

a) Os medicamentos são armazenados em condições adequadas para a estabilidade do produto.
b) As substâncias controladas são precisamente contabilizadas, de acordo com a lei e os regulamentos pertinentes.
c) Os medicamentos e substâncias químicas utilizadas para a preparação de medicamentos são adequadamente etiquetados com relação ao conteúdo, prazo de validade e avisos.
d) Eletrólitos concentrados não são armazenados em unidades de cuidado, a não ser que exista uma indicação clínica; e quando isto ocorre, estão protegidos contra administração inadvertida (pontuado em IPSG.3, EMs 1 e 2).
e) Todos os locais de armazenamento de medicamentos são periodicamente inspecionados de acordo com a política do hospital, para garantir que esse armazenamento é adequado;
f) A política institucional define como os medicamentos trazidos de casa pelo paciente são identificados e armazenados.

Elementos de Mensuração de MMU.3

Todos os elementos do propósito deste padrão, listados nos itens a) até f), são pontuados separadamente, por representarem áreas críticas ou de alto-risco.

❑ 1. Os medicamentos são armazenados em condições adequadas para a estabilidade do produto.
❑ 2. As substâncias controladas são precisamente contabilizadas, de acordo com a lei e os regulamentos pertinentes.
❑ 3. Os medicamentos e substâncias químicas utilizadas para a preparação de medicamentos são adequadamente etiquetados com relação ao conteúdo, prazo de validade e avisos.
❑ 4. Todos os locais de armazenamento de medicamentos são periodicamente inspecionados, de acordo com a política do hospital, para garantir que esse armazenamento é adequado.
❑ 5. A política institucional define como os medicamentos trazidos de casa pelo paciente são identificados e armazenados.

Padrão MMU.3.1

Existe uma política institucional que orienta o armazenamento de medicamentos e de produtos de nutrição parenteral.

Propósito de MMU.3.1

Certos tipos de medicamentos, devido ao alto risco envolvido (medicamentos radioativos), a circunstâncias não usuais (medicamentos trazidos pelo paciente), à oportunidade de uso indevido ou abuso (amostras de medicamentos e medicamentos de emergência) ou devido à sua natureza particular (produtos de nutrição parenteral), são mais bem gerenciados através de políticas de orientação ao armazenamento e controle do uso. Essas políticas abordam o processo de recepção, a identificação dos medicamentos, se necessário, o armazenamento e toda a distribuição.

Elementos de Mensuração de MMU.3.1

- ❑ 1. A política institucional define a forma adequada de armazenamento dos produtos de nutrição.
- ❑ 2. A política institucional define o armazenamento de medicamentos radioativos, investigativos e similares.
- ❑ 3. A política institucional define o armazenamento e controle de amostras de medicamentos.
- ❑ 4. Todo o armazenamento está de acordo com a política da instituição.

Padrão MMU.3.2

Quando armazenados fora da farmácia, os medicamentos de emergência estão disponíveis, monitorados e em segurança.

Propósito de MMU.3.2

Quando ocorrem situações de emergência com os pacientes, o rápido acesso aos medicamentos de emergência é crítico. Cada instituição planeja o local de guarda desses medicamentos e os medicamentos a serem fornecidos a esses setores. Por exemplo, antagonistas de efeitos anestésicos estão disponíveis no centro cirúrgico. Armários, carrinhos, bolsas ou caixas de emergência podem ser utilizados com essa finalidade. Para garantir o acesso aos medicamentos de emergência, quando necessário, a instituição estabelece um procedimento ou processo para a prevenção de abuso, roubo ou perda dos medicamentos. O processo assegura a reposição dos medicamentos após o seu uso, deterioração ou perda da validade. Portanto, a instituição conhece o equilíbrio entre o pronto acesso e a segurança nesses locais onde os medicamentos de emergência são armazenados.

Elementos de Mensuração de MMU.3.2

- ❑ 1. Os medicamentos de emergência estão disponíveis nas unidades onde serão necessários ou prontamente acessíveis na instituição, para atender às necessidades de emergência.
  (ver também GLD.3.2.1, EM 1; e MMU.2.2, EM 1)
- ❑ 2. A política institucional define como os medicamentos de emergência estão armazenados, mantidos e protegidos contra perda e roubo.
- ❑ 3. Os medicamentos de emergência são monitorados e repostos oportunamente e de acordo com a política institucional, após o uso, deterioração ou perda da validade.

Padrão MMU.3.3

A instituição dispõe de um sistema de recolhimento de medicamentos.

Propósito de MMU.3.3

A instituição dispõe de um processo para identificar, recuperar e devolver ou destruir de forma segura e apropriada os medicamentos cujo recolhimento foi determinado pelo fabricante ou fornecedor. Existe uma política ou procedimento que define o uso ou destruição de medicamentos com prazo de validade sabidamente vencido ou fora de uso.

Elementos de Mensuração de MMU.3.3

- ❑ 1. Existe um sistema em funcionamento para o recolhimento de medicamentos.
- ❑ 2. Políticas e procedimentos definem o uso de quaisquer medicamentos com prazo de validade sabidamente vencido ou fora de uso.
- ❑ 3. Políticas e procedimentos definem a destruição de quaisquer medicamentos com prazo de validade sabidamente vencido ou fora de uso.
- ❑ 4. As políticas e os procedimentos estão implementados.

Prescrição e Transcrição

Padrão MMU.4

A prescrição, requisição e transcrição são orientadas por políticas e procedimentos.

Propósito de MMU.4

A prescrição, requisição e transcrição são orientadas por políticas e procedimentos. Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e profissionais administrativos colaboram para desenvolver e monitorar as políticas e procedimentos. Os profissionais pertinentes são treinados em práticas corretas de prescrição, requisição e transcrição. Como prescrições ou receitas ilegíveis ameaçam a segurança do paciente e podem retardar o tratamento, a política institucional inclui ações para reduzir a ilegibilidade. O prontuário do paciente contém uma lista dos medicamentos em uso, que está disponível para a farmácia, para enfermeiros e para os médicos. A instituição estabelece um processo para comparar a lista de medicamentos que o paciente vinha fazendo uso antes da internação, com a prescrição da admissão.

Elementos de Mensuração de MMU.4

- ❑ 1. A prescrição, requisição e transcrição são orientadas por políticas e procedimentos. (*ver também* COP.2.2, EM 1; AOP.3, EM 1; e IPSG.2, EM 1)
- ❑ 2. As políticas e procedimentos incluem ações para reduzir a ilegibilidade.
- ❑ 3. Existe um processo colaborativo para desenvolver políticas e procedimentos.
- ❑ 4. Os profissionais pertinentes são treinados em práticas corretas de prescrição, requisição e transcrição.
- ❑ 5. O prontuário do paciente contém uma lista dos medicamentos em uso antes da internação, que está disponível para a farmácia e para os prestadores de cuidado ao paciente.
- ❑ 6. A prescrição medicamentosa inicial é comparada à lista de medicamentos que o paciente vinha usando antes da internação, de acordo com o processo estabelecido pela instituição.

Padrão MMU.4.1

A instituição define os elementos de uma prescrição ou receita completa e os tipos de requisições consideradas aceitáveis.

Propósito de MMU.4.1

Para reduzir variações e melhorar a segurança do paciente, a instituição define em uma política os elementos aceitáveis de uma prescrição ou receita completa. Esses elementos incluem pelo menos os seguintes aspectos:

a) Dados necessários para identificação precisa do paciente;
b) Elementos da receita ou prescrição;
c) Quando nomes genéricos ou de marca são aceitáveis ou requeridos;
d) Se ou quando as indicações de uso são requeridas em uma PRN (pro re nata ou "se necessário") ou outra requisição de medicamentos;
e) Precauções ou procedimentos especiais para requisitar fármacos com aparência/ nomes parecidos;
f) Ações a serem tomadas quando as requisições estiverem incompletas, ilegíveis ou pouco claras;
g) Os tipos adicionais de requisições permitidas, tais como: emergência, uso permanente, interrupção automática e quaisquer elementos requeridos nessas solicitações;
h) Uso de prescrição medicamentosa verbal e telefônica e o processo para verificar tais prescrições. *(ver também* IPSG.2, EM 1).
i) Tipos de prescrições calculadas por peso, como para crianças.

Assim, este padrão estabelece expectativas abrangentes a toda à instituição, no que se refere a prescrições de medicamentos. A política implementada estará refletida nas prescrições completas, presentes no prontuário do paciente, na farmácia ou unidade de dispensação, que recebe a informação necessária para a dispensação e na administração da droga, baseada em uma receita completa.

Elementos de Mensuração de MMU.4.1

Os elementos de a) até i) contidos no propósito são pontuados em conjunto, já que representam aspectos da política institucional para requisições completas.

❑ 1. A definição de requisição ou solicitação aceitável está contida na política, que contempla, pelo menos, os elementos de a) até i) do propósito.

❑ 2. As requisições ou prescrições de medicamentos estão completas, de acordo com a política da instituição.

Padrão MMU.4.2

A instituição identifica os profissionais qualificados e autorizados a prescrever ou solicitar medicamentos.

Propósito de MMU.4.2

Para escolher o medicamento certo para tratar um paciente são necessários conhecimento e experiência específicos. Cada instituição é responsável por definir aqueles profissionais com o conhecimento e experiência necessários e que tenham permissão por licença, certificação ou legislação para prescrever ou solicitar medicamentos. A instituição pode impor limites à prescrição ou receita de um profissional, como, por exemplo, para substâncias controladas, agentes quimioterápicos e medicamentos radioativos e medicamentos investigativos. Os profissionais com permissão para prescrever e solicitar medicamentos são de conhecimento do serviço farmacêutico ou outros que dispensem medicamentos. Em situações de emergência, a instituição identifica quaisquer outros profissionais com permissão para prescrever e solicitar medicamentos.

Elementos de Mensuração de MMU.4.2

❑ 1. Apenas aqueles autorizados pela instituição, e por licença, leis e regulamentos relevantes prescrevem ou requisitam medicamentos.

❑ 2. Há um processo para estabelecer limites, quando apropriado às práticas de prescrição ou requisição pelos profissionais. *(ver também* SQE.10, EM 1)

❑ 3. Os profissionais com permissão para prescrever e solicitar medicamentos são de conhecimento do serviço farmacêutico ou de outros que dispensem medicamentos.

Padrão MMU.4.3

Os medicamentos prescritos e administrados são anotados no prontuário do paciente.

Propósito de MMU.4.3

O prontuário de cada paciente que recebe medicação contém uma lista dos medicamentos prescritos ou solicitados, assim como a dosagem e os horários em que a medicação foi administrada, incluindo os medicamentos administrados "se necessário". Se esta informação for documentada em um formulário de medicação separado, esse formulário é anexado ao prontuário do paciente no momento de sua alta ou transferência.

Elementos de Mensuração de MMU.4.3

❑ 1. Os medicamentos prescritos ou solicitados para cada paciente são anotados.

❑ 2. A administração dos medicamentos é registrada a cada dose.

❑ 3. As informações relativas aos medicamentos são mantidas no prontuário do paciente ou anexadas ao prontuário no momento de sua alta ou transferência.

Preparo e Dispensação

Padrão MMU.5

As medicações são preparadas e dispensadas em um ambiente limpo e seguro.

Propósito de MMU.5

A farmácia ou serviço farmacêutico prepara e dispensa medicamentos em um ambiente limpo e seguro, e que está em conformidade com as leis, regulamentos e padrões da prática profissional. A instituição define os padrões relativos a um ambiente limpo e seguro para o preparo e dispensação de medicamentos. Os medicamentos armazenados e dispensados fora da farmácia (por exemplo, em unidades de cuidado ao paciente) estão de acordo com as mesmas medidas de limpeza e segurança. Os profissionais que preparam compostos estéreis (tais como IV e peridural) são treinados nos princípios da técnica asséptica. De forma similar, capelas de fluxo laminar estão disponíveis e são utilizadas quando indicado pelas práticas profissionais (por exemplo, para medicamentos citotóxicos).

Elementos de Mensuração de MMU.5

- ❑ 1. Os medicamentos são preparados e dispensados em um ambiente limpo e seguro, com equipamentos e materiais adequados. *(ver também* PCI.7, EMs 1 e 2)
- ❑ 2. A preparação e dispensação de medicamentos estão de acordo com as leis, regulamentos e padrões da prática profissional.
- ❑ 3. Os profissionais que preparam compostos estéreis são treinados nas técnicas de assepsia.

Padrão MMU.5.1

As prescrições e solicitações de medicamentos são revisadas quanto à sua pertinência.

Propósito de MMU.5.1

O farmacêutico, técnico ou profissional treinado autorizado, revisa cada nova prescrição ou requisição, ou quando ocorre alguma mudança na dosagem ou em qualquer outro aspecto relevante. A instituição define quais as informações especificamente relacionadas ao paciente que são necessárias para uma revisão eficaz da requisição ou prescrição. Isto ocorre antes da dispensação, ou antes da administração, quando os medicamentos são dispensados em locais outros que não a farmácia. Quando surgem dúvidas, é feito contato com o indivíduo que prescreveu ou requisitou o medicamento.

O processo de revisão de uma requisição ou prescrição, antes da dispensação, inclui a avaliação, por um profissional treinado, dos seguintes aspectos:

a) pertinência da droga, dose, freqüência e via de administração;
b) duplicidade terapêutica;
c) alergias ou sensibilidades reais ou potenciais;
d) interações reais ou potenciais entre medicamentos e entre medicamentos e alimentos;
e) variações em relação aos critérios da instituição para o uso;
f) peso do paciente e outras informações fisiológicas; e
g) outras contra-indicações.

Os profissionais que revisam as requisições ou prescrições médicas são competentes para isso, em virtude da educação e treinamento recebidos, conforme especificado na atribuição de privilégios, ou demonstraram competência no processo de revisão. Além disso, a revisão para pertinência pode não ser necessária ou apropriada em uma situação de emergência ou quando o médico responsável pela prescrição está presente para requisitar, administrar e monitorar o paciente (por exemplo, na sala de cirurgia ou no departamento de emergência), ou ainda no caso de intervenções para diagnóstico por imagem, em que o medicamento é parte do procedimento.

Para facilitar a revisão, existe um registro (perfil) de todos os medicamentos administrados a um paciente, com exceção de medicamentos de emergência e dos administrados como parte de um procedimento.

Quando são utilizados programas informatizados de verificação cruzada de interações entre fármacos e de alergias a fármacos, o programa é atualizado de acordo com um planejamento adequado.

Elementos de Mensuração de MMU.5.1

- ❑ 1. A instituição define as informações especificamente relacionadas ao paciente, que são necessárias para um processo de revisão eficaz. *(ver também* MCI.4, EMs 1 e 3)
- ❑ 2. Salvo as exceções mencionadas no propósito, cada requisição ou prescrição é revisada quanto à sua pertinência, antes da dispensação e administração, e inclui os elementos de a) até g) do propósito deste padrão. Portanto, cada prescrição ou requisição é avaliada para verificar sua adequação.
- ❑ 3. Em caso de dúvida existe um processo para se entrar em contato com o profissional que prescreveu ou solicitou o medicamento.
- ❑ 4. Os profissionais autorizados a rever as requisições e prescrições são competentes para isto.
- ❑ 5. A revisão é facilitada pela utilização de um prontuário (perfil) de todos os pacientes em uso de medicação.
- ❑ 6. Quando é utilizado um programa informatizado de verificação cruzada de interações entre fármacos e de alergias, o programa é periodicamente atualizado.

Padrão MMU.5.2

A instituição utiliza um sistema para dispensar medicamentos na dose certa, ao paciente certo, na hora certa.

Propósito de MMU.5.2

A instituição dispensa medicamentos da forma mais pronta possível para ser administrado a fim de minimizar as chances de erro durante a distribuição e a administração. Quando um medicamento é removido de sua embalagem original, ou preparado e dispensado em uma forma/reservatório diferente - e não é administrado de imediato - deve ser etiquetado com o nome do medicamento, dosagem/concentração, data de preparação e data de vencimento. A farmácia central e todos os outros pontos de distribuição de medicamentos da instituição utilizam o mesmo sistema. O sistema dá suporte à dispensação precisa e oportuna de medicamentos.

Elementos de Mensuração de MMU.5.2

- ❑ 1. Existe um sistema uniforme de dispensação e distribuição de medicamentos na instituição.
- ❑ 2. Após o preparo, os medicamentos são etiquetados com o nome do medicamento, dosagem/concentração, data de preparação, data de vencimento e o nome do paciente.
- ❑ 3. Os medicamentos são dispensados da forma mais pronta possível para administração.
- ❑ 4. O sistema dá suporte à dispensação precisa.
- ❑ 5. O sistema dá suporte à dispensação oportuna.

Administração

Padrão MMU.6

A instituição identifica os profissionais qualificados e autorizados a administrar medicamentos.

Propósito de MMU.6

A administração de medicamentos para tratar um paciente requer conhecimento e experiência. Cada instituição é responsável pela identificação das pessoas com o conhecimento e experiência requeridos e com permissão por licença, certificação ou legislação, ou regulamentos, para administrar medicamentos. Uma instituição pode impor limites à administração de medicamentos por um profissional, para substâncias controladas ou radioativas, assim como para medicamentos investigativos. Em situações de emergência, a instituição identifica quaisquer outros profissionais com permissão para administrar medicamentos.

Elementos de Mensuração de MMU.6

- ❑ 1. A instituição identifica os indivíduos autorizados a administrar medicamentos, pela descrição do cargo, ou por concessão de privilégios.
- ❑ 2. Apenas os profissionais com permissão da instituição e por licença, por lei ou regulamentos, administram medicamentos.
- ❑ 3. Existe um processo para impor limites aos profissionais, quando apropriado, para a administração de medicamentos. (*ver também* SQE.13, EMs 1 e 2)

Padrão MMU.6.1

A administração de medicamentos inclui um processo para verificar se a medicação está correta, de acordo com a prescrição.

Propósito de MMU.6.1

A administração segura de medicamentos inclui a seguinte verificação:

a) medicação com a prescrição ou receita;
b) horário e freqüência de administração com a prescrição ou receita;
c) dosagem com a prescrição ou receita;
d) via de administração com a prescrição ou receita; e
e) identificação do paciente (pontuado em IPSG.1, EM 3)

A instituição define o processo de verificação a ser utilizado na administração de medicamentos.

Quando a medicação é preparada e dispensada na unidade de cuidado ao paciente, o processo para revisão, descrito em MMU.5.1, também deve ser executado por um indivíduo qualificado.

Elementos de Mensuração de MMU.6.1

- ❑ 1. As medicações são conferidas com a prescrição ou requisição.
- ❑ 2. As doses dos medicamentos são conferidas com a prescrição ou requisição.
- ❑ 3. A via de administração é conferida com a prescrição ou requisição.
- ❑ 4. As medicações são administradas na hora certa.
- ❑ 5. As medicações são administradas da forma prescrita e anotadas no prontuário do paciente.

Padrão MMU.6.2

Políticas e procedimentos regem os medicamentos trazidos para a instituição para auto-administração pelo paciente ou como amostras.

Propósito de MMU.6.2

A supervisão do uso de medicamentos requer o conhecimento das fontes e uso de medicamentos não prescritos ou não receitados na instituição. Os medicamentos trazidos para a instituição pelo paciente ou seus familiares são de conhecimento do médico responsável pelo paciente e estão anotados no prontuário do paciente. O médico do paciente tem conhecimento de toda e qualquer auto-administração de medicamentos – sejam eles trazidos para a instituição ou prescritos ou solicitados pela instituição - e essas informações estão anotadas no prontuário do paciente. A instituição controla a disponibilidade e o uso de amostras de medicamentos.

Elementos de Mensuração de MMU.6.2

❑ 1. Políticas e procedimentos estão implementados para orientar a auto-administração de medicamentos.
❑ 2. Políticas e procedimentos estão implementados para orientar a documentação e o gerenciamento de quaisquer medicamentos trazidos pelo paciente ou para ele.
❑ 3. Políticas e procedimentos estão implementados para controlar a disponibilidade e o uso de amostras de medicamentos.

Monitoramento

Padrão MMU.7

Os efeitos dos medicamentos sobre os pacientes são monitorados.

Propósito de MMU.7

O paciente, seu médico, os enfermeiros e os outros prestadores de cuidado trabalham em conjunto no monitoramento dos pacientes em uso de medicamentos. O intuito do monitoramento é avaliar o efeito do medicamento nos sintomas ou na doença do paciente, no hemograma, na função renal, função hepática e outros parâmetros, para certos medicamentos, para avaliar o paciente no que se refere a efeitos adversos. Com base no monitoramento, a dosagem e tipo de medicação podem ser ajustados quando necessário. É apropriado monitorar com atenção a resposta do paciente à primeira dose (s) de uma medicação nova para ele. Esse monitoramento tem o propósito de prever a resposta terapêutica assim como reações alérgicas, interações farmacológicas inesperadas, ou alterações no equilíbrio do paciente e risco de queda, dentre outras.

O monitoramento dos efeitos dos medicamentos inclui observar e documentar quaisquer efeitos adversos. A instituição tem uma política que identifica todos os efeitos adversos que devem ser registrados, assim como os que devem ser relatados. A instituição estabelece um mecanismo e prazo para notificação dos eventos adversos exigidos.

Elementos de Mensuração de MMU.7

❑ 1. Os efeitos dos medicamentos nos pacientes são monitorados, incluindo efeitos adversos. *(ver também* AOP.2, EM 1)
❑ 2. O processo de monitoramento é colaborativo.
❑ 3. A instituição tem uma política que define os efeitos adversos a serem registrados no prontuário e os que devem ser notificados à instituição. *(ver também* QPS.6, EM 3)
❑ 4. Os efeitos adversos são documentados no prontuário do paciente, conforme requerido pela política.
❑ 5. Os efeitos adversos são notificados no prazo estabelecido pela política.

Padrão MMU.7.1

Os erros de medicação, incluindo quase-falhas, são relatados através de processo e prazo definidos pela instituição.

Propósito de MMU.7.1

A instituição tem um processo para identificar e relatar erros de medicação e quase falhas. O processo inclui a definição do erro de medicação e quase falha, utilizando um formato padronizado para notificação e educação dos profissionais sobre o processo e sobre a importância da notificação. As definições e processos são estabelecidos através de um processo colaborativo que inclui todos os profissionais envolvidos nas diversas etapas do gerenciamento de medicamentos. O processo de notificação faz parte do programa institucional, de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Os relatórios são enviados a um ou mais indivíduos responsáveis por implementar as ações corretivas *(ver também* QPS.7). O foco do programa é na prevenção de erros de medicação através da identificação dos tipos de erros que ocorrem na instituição e em outras, e do porque da ocorrência de quase falhas. As melhorias no processo de medicação e o treinamento dos profissionais são utilizados para prevenir erros futuros. A farmácia participa do treinamento dos profissionais.

Elementos de Mensuração de MMU.7.1

- ❑ 1. A instituição define erro de medicação e quase falha, por meio de um processo colaborativo. *(ver também* QPS.6, EM 4; e QPS.7, EM 1)
- ❑ 2. Os erros de medicação e quase falhas são notificados de forma oportuna, através de um processo estabelecido. (*ver também* QPS.7, EM 2)
- ❑ 3. A instituição define os responsáveis por implementar ações corretivas baseadas nos relatórios.
- ❑ 4. A instituição utiliza as informações relativas às notificações de erros de medicação e quase falhas para melhorar os processos de uso de medicamentos. (*ver também* QPS.7, EM 3)

Educação de Pacientes e Familiares (PFE)

Apresentação

A educação do paciente e de seus familiares ajuda os pacientes a participar melhor do seu cuidado e a tomar decisões informadas. Diversos profissionais da instituição educam os pacientes e seus familiares. Isto ocorre quando o paciente interage com seu médico(s) ou com o enfermeiro(s). Outros educam à medida que prestam serviços específicos como reabilitação ou terapia nutricional ou quando preparam o paciente para a alta e a continuidade do cuidado. Como muitos profissionais ajudam a educar o paciente e familiares, é importante que os profissionais coordenem suas atividades, mantendo o foco naquilo que o paciente precisa aprender.

Assim, a educação efetiva começa com a avaliação das necessidades de aprendizagem do paciente e de seus familiares. Esta avaliação determina não apenas o que deve ser aprendido, mas qual a melhor maneira de garantir o aprendizado. O aprendizado é mais eficaz quando adequado às preferências, valores religiosos e culturais e habilidade de leitura e linguagem do indivíduo. O aprendizado é também afetado pelo momento em que ocorre no processo de cuidado.

A educação inclui os conhecimentos necessários durante o processo do cuidado e aqueles necessários após a alta do paciente para outro local de cuidado ou para sua casa. Portanto, a educação pode incluir informações sobre os recursos existentes na comunidade, no que se refere a cuidados adicionais e cuidados necessários ao seu acompanhamento, além do acesso à emergência, se necessário. A educação efetiva em uma instituição emprega os formatos eletrônicos e visuais disponíveis e uma variedade de técnicas, como ensino à distância e outras.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

PFE.1 A instituição fornece educação ao paciente e seus familiares, que dá suporte à sua participação nas decisões e processos relativos ao cuidado.

PFE.2 As necessidades de educação de cada paciente são avaliadas e anotadas em seu prontuário.

PFE.2.1 A capacidade e a vontade de aprender do paciente e de seus familiares são avaliadas.

PFE.3 A educação e treinamento auxiliam o atendimento às necessidades continuadas de saúde dos pacientes.

PFE.4 A educação de pacientes e familiares inclui os seguintes tópicos relacionados ao cuidado ao paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro de equipamentos médicos, interações potenciais entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional, gerenciamento da dor e técnicas de reabilitação.

PFE.5 Os métodos de educação consideram os valores e preferências dos pacientes e familiares e possibilitam interação suficiente entre o paciente, os familiares e os profissionais, para que a aprendizagem ocorra.

PFE.6 Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente colaboram no processo de educação.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Padrão PFE.1

A instituição fornece educação ao paciente e seus familiares, que dá suporte à sua participação nas decisões e processos relativos ao cuidado.

Propósito de PFE.1

As instituições de saúde educam os pacientes e familiares para que tenham conhecimento e habilidades para participar dos processos de cuidado e das decisões relativas ao cuidado. Cada instituição elabora atividades educativas nos processos de cuidado, com base na sua missão, nos serviços prestados e no perfil de pacientes por ela atendidos. As atividades são planejadas de modo a garantir que seja oferecida a cada paciente a educação de que necessita. A instituição escolhe como organizar seus recursos educacionais de modo eficiente e eficaz. Assim, as instituições podem optar pela designação de um coordenador ou de um comitê, criar um serviço de educação, ou simplesmente trabalhar com todos os profissionais para oferecer educação de modo coordenado.

Elementos de Mensuração de PFE.1

❑ 1. A instituição planeja a educação de acordo com sua missão, serviços e perfil dos pacientes atendidos.
❑ 2. Existe uma estrutura ou mecanismo para educação em toda a instituição.
❑ 3. A estrutura e os recursos educacionais estão organizados de modo eficaz.

Padrão PFE.2

As necessidades de educação de cada paciente são avaliadas e anotadas em seu prontuário.

Propósito de PFE.2

A educação está centrada nos conhecimentos e habilidades específicas que o paciente e seus familiares necessitarão para tomar decisões relativas ao cuidado, participar de seu cuidado e dar continuidade ao cuidado no domicílio. Isto é diferente do fluxo geral de informações entre os profissionais e os pacientes, de caráter informativo, e não educacional.

Para identificar as necessidades de educação de cada paciente e de sua família, existe um processo de avaliação que identifica os tipos de cirurgias, outros procedimentos invasivos e tratamentos planejados, as necessidades de acompanhamento de enfermagem e outros cuidados continuados após a alta. Essa avaliação permite aos prestadores de cuidado planejar e ministrar a educação necessária.

Os profissionais da instituição educam os pacientes e familiares para que possam tomar decisões no processo de cuidado. A educação fornecida como parte do processo de obtenção do consentimento informado para tratamento (por exemplo, para cirurgia e anestesia) é documentada no prontuário do paciente. Além disso, quando um paciente ou familiar participa diretamente na prestação do cuidado (por exemplo, trocando as vestes do paciente, alimentando o paciente, administrando medicamentos e tratamentos), eles precisam ser educados.

Uma vez identificadas, as necessidades de educação são registradas no prontuário do paciente. Isso contribui para que todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente participem do processo de educação. Cada instituição decide a localização e o formato de avaliação, o planejamento e o registro de informações no prontuário do paciente.

Elementos de Mensuração de PFE.2

❑ 1. As necessidades de educação do paciente e seus familiares são avaliadas.
❑ 2. Os resultados da avaliação dessas necessidades são anotados no prontuário do paciente.
❑ 3. O registro das informações relativas à educação do paciente é feito de modo uniforme, por todos os profissionais.

- ❑ 4. Quando um consentimento informado se faz necessário, os pacientes e seus familiares tomam conhecimento sobre o processo para fornecer o consentimento informado.
  (*ver também* PFR.2.1, EM 3; e MCI.3, EMs 1 e 2)
- ❑ 5. Os pacientes e seus familiares sabem como participar das decisões sobre o cuidado.
  (*ver também* PFR.2, EM 1)
- ❑ 6. Os pacientes e seus familiares conhecem sua condição e todos os diagnósticos confirmados.
  (*ver também* PFR.2.1, EM 1)
- ❑ 7. Os pacientes e seus familiares conhecem seus direitos de participar do processo de cuidado.
  (*ver também* PFR.2.1, EM 4)

Padrão PFE.2.1

A capacidade e a vontade de aprender do paciente e de seus familiares são avaliadas.

Propósito de PFE.2.1

Os pontos fortes e pontos fracos, em termos de conhecimentos e habilidades são identificados e utilizados para planejar a educação. Existem muitas variáveis relacionadas aos pacientes, que determinam se o paciente e seus familiares têm vontade e capacidade para aprender. Portanto, para planejar a educação, a instituição precisa avaliar:

a) as crenças e valores do paciente e de seus familiares;
b) seu grau de alfabetização, nível educacional e linguagem;
c) barreiras emocionais e motivações;
d) limitações físicas e cognitivas; e
e) a vontade do paciente de receber informações.

(*ver também* PFR.5, EM 3)

Elementos de Mensuração de PFE.2.1

- ❑ 1. O paciente e seus familiares são avaliados quanto aos elementos de a) até e) do propósito deste padrão. (*ver também* PFR.1.1, EM 1)
- ❑ 2. Os achados da avaliação são usados para planejar a educação.
- ❑ 3. Os achados da avaliação são registrados no prontuário do paciente.

Padrão PFE.3

A educação e treinamento auxiliam o atendimento às necessidades continuadas de saúde dos pacientes.

Propósito de PFE.3

Os pacientes freqüentemente necessitam acompanhamento para o atendimento de suas necessidades continuadas de saúde ou para alcançar suas metas de saúde. As informações gerais, fornecidas pela instituição ou por outras fontes na comunidade, podem incluir quando retomar as atividades diárias após a alta, práticas preventivas para a condição ou metas de saúde do paciente e informações sobre como lidar com a doença ou deficiência, se pertinentes à condição do paciente.

A instituição identifica os recursos educacionais e de treinamento disponíveis na comunidade. Em especial, instituições comunitárias que apóiam a promoção da saúde e prevenção da doença são identificadas e, quando possível, são estabelecidas relações continuadas com essas entidades.

Elementos de Mensuração de PFE.3

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares recebem educação e treinamento para o atendimento de suas necessidades continuadas de saúde ou para alcançar suas metas de saúde. *(ver também* MCI.3, EMs 1 e 2)
- ❑ 2. A instituição identifica e estabelece relações com os recursos comunitários que apóiam a promoção continuada da saúde e a educação para prevenção da doença. *(ver também* ACC.3.1, EM 2; e GLD.3.1, EM 2)
- ❑ 3. Quando indicado por sua condição, o paciente é referido aos recursos disponíveis na comunidade. *(ver também* GLD.3.1, EM 2)

Padrão PFE.4

A educação de pacientes e familiares inclui os seguintes tópicos relacionados ao cuidado ao paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro de equipamentos médicos, interações potenciais entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional, gerenciamento da dor e técnicas de reabilitação.

Propósito de PFE.4

A instituição fornece rotineiramente educação em áreas consideradas de alto risco para os pacientes. A educação contribui para o retorno aos níveis funcionais anteriores e para a manutenção de níveis ótimos de saúde.

A instituição utiliza materiais e processos padronizados para educar os pacientes, pelo menos nos seguintes tópicos:

- Uso seguro e eficaz de medicamentos usados pelo paciente (não apenas medicações de alta), incluindo potenciais efeitos colaterais;
- Uso seguro e efetivo dos equipamentos médicos;
- Potenciais interações entre os medicamentos prescritos e outros medicamentos (incluindo preparações que não requerem receita) e alimentos;
- Dieta e nutrição;
- Gerenciamento da dor;
- Técnicas de reabilitação.

Elementos de Mensuração de PFE.4

- ❑ 1. Conforme relacionado ao cuidado prestado, os pacientes e seus familiares são educados quanto ao uso seguro e efetivo de todos os medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais potenciais, e prevenção de interações potenciais com medicamentos que não requerem receita e/ou alimentos.
- ❑ 2. Conforme relacionado ao cuidado prestado, os pacientes e seus familiares são educados quanto ao uso seguro e efetivo de equipamentos médicos.
- ❑ 3. Conforme relacionado ao cuidado prestado, os pacientes e seus familiares são educados quanto à dieta e nutrição adequadas.
- ❑ 4. Conforme relacionado ao cuidado prestado, os pacientes e seus familiares são educados quanto ao gerenciamento da dor. *(ver também* COP.6, EM 3)
- ❑ 5. Conforme relacionado ao cuidado prestado, os pacientes e seus familiares são educados quanto a técnicas de reabilitação.

Padrão PFE.5

Os métodos de educação consideram os valores e preferências dos pacientes e familiares e possibilitam interação suficiente entre o paciente, os familiares e os profissionais, para que a aprendizagem ocorra.

Propósito de PFE.5

A aprendizagem ocorre quando se presta atenção aos métodos utilizados para educar os pacientes e familiares. A compreensão sobre os pacientes e familiares auxilia a instituição a selecionar métodos pedagógicos e educadores compatíveis com os valores e preferências do paciente e seus familiares, e a identificar o papel da família e o método de instrução.

Os pacientes e seus familiares são incentivados a participar do processo de cuidado, expressando suas opiniões e fazendo perguntas aos profissionais, para assegurar a compreensão correta e a participação pró-ativa. Os profissionais reconhecem a importância do papel dos pacientes na oferta de um cuidado seguro e de qualidade.

A oportunidade de interação entre os profissionais, o paciente e seus familiares fornece subsídios para verificar se as informações são compreendidas, úteis e utilizáveis *(ver também* MCI.3, EMs 1 e 2). A instituição decide quando e como a educação verbal deve ser reforçada com o uso de materiais escritos para fortalecer o entendimento e fornecer uma referência educacional futura.

Elementos de Mensuração de PFE.5

- ❑ 1. Existe um processo para verificar se os pacientes e seus familiares receberam e compreenderam a educação fornecida. *(ver também* MCI.3, EMs 1 e 2)
- ❑ 2. Os profissionais que fornecem educação incentivam os pacientes e seus familiares a fazerem perguntas e a expressarem suas opiniões, como participantes ativos. *(ver também* PFR.2, EM 1)
- ❑ 3. As informações verbais são reforçadas com a utilização de material escrito, relacionado às necessidades do paciente e compatíveis com as preferências de aprendizagem do paciente e seus familiares. *(ver também* PFR.2.1, propósito; e MCI.3)

Padrão PFE.6

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente colaboram no processo de educação.

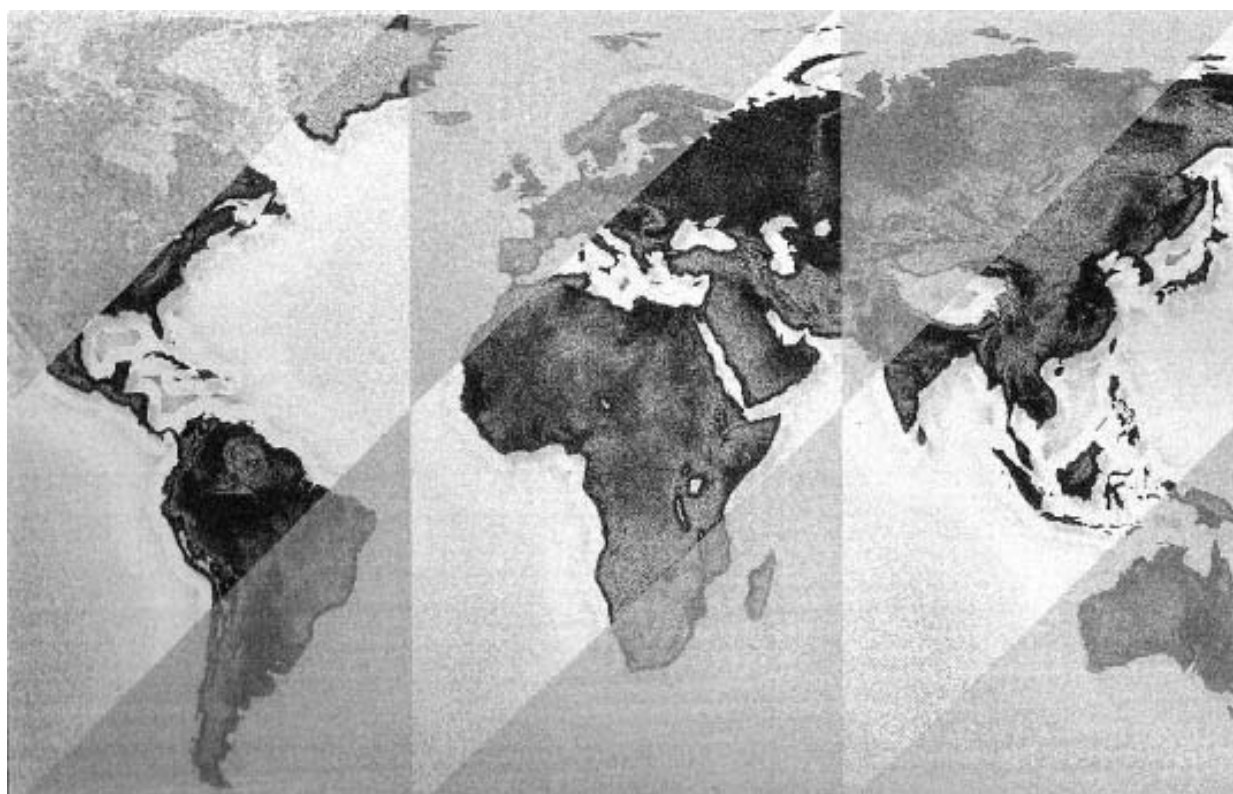
Propósito de PFE.6

Quando os profissionais de saúde compreendem as contribuições uns dos outros para com a educação do paciente, eles podem colaborar de forma mais eficaz. A colaboração, por sua vez, ajuda a garantir que a informação que os pacientes e familiares recebem é abrangente, consistente e tão eficaz quanto possível. A colaboração baseia-se nas necessidades do paciente e, portanto, pode nem sempre ser necessária.

O conhecimento do assunto, a vontade de ensinar, disponibilidade de tempo adequado e a capacidade de efetivamente se comunicar, são aspectos importantes para uma educação eficaz.

Elementos de Mensuração de PFE.6

- ❑ 1. A educação do paciente e seus familiares quando indicada, é ministrada de forma colaborativa.
- ❑ 2. Os profissionais que provêem educação têm conhecimento sobre o assunto.
- ❑ 3. Os profissionais que provêem educação têm tempo adequado para isto.
- ❑ 4. Os profissionais que provêem educação têm as habilidades necessárias, em termos de comunicação. *(ver também* ASC.5.1, EM 2)

Seção II: Padrões de Administração de Instituições de Saúde

Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS)

Apresentação

Este capítulo descreve uma abordagem abrangente, relativa à melhoria de qualidade e à segurança do paciente. A melhoria integral ou global da qualidade corresponde à redução contínua dos riscos para pacientes e profissionais. Esses riscos podem estar presentes nos processos clínicos e também na estrutura física. Esta abordagem inclui os seguintes processos:

- liderança e planejamento do programa de melhoria de qualidade e segurança do paciente;
- bom delineamento dos novos processos clínicos e administrativos;
- medição do bom andamento dos processos através da coleta de dados;
- análise dos dados; e
- implementação e manutenção das mudanças que resultam em melhoria.

Tanto os programas de melhoria da qualidade quanto os relativos à segurança do paciente têm os seguintes atributos:

- são conduzidos pela liderança;
- procuram mudar a cultura da instituição;
- identificam e reduzem riscos e variações de maneira pró-ativa;
- utilizam dados para manter o foco nas questões prioritárias; e
- procuram demonstrar melhorias sustentáveis.

A qualidade e a segurança estão fundamentadas no trabalho diário de cada profissional de saúde e de outros profissionais da instituição. Como os médicos e enfermeiros avaliam as necessidades do paciente e prestam cuidado, este capítulo pode ajudá-los a empreender melhorias para ajudar seus pacientes e reduzir riscos. Da mesma forma, gerentes, profissionais de apoio e outros, podem aplicar os padrões ao seu trabalho diário para compreender como os processos podem ser mais eficientes, os recursos utilizados de maneira mais inteligente e os riscos físicos reduzidos.

Este capítulo enfatiza que, para alcançar o máximo de benefício, o planejamento contínuo, a elaboração, a mensuração, a análise e o aprimoramento dos processos clínicos e administrativos devem ser bem organizados, sob clara liderança. Esta abordagem leva em consideração o fato de que a maioria dos processos clínicos de cuidado envolve mais de um departamento ou serviço e que podem envolver o trabalho de muitos profissionais. Esta abordagem também considera que, em geral, as questões relativas à qualidade, tanto na área clínica quanto administrativa, estão inter-relacionadas. Portanto, os esforços para melhorar esses processos devem ser conduzidos por uma estrutura global de gerenciamento da qualidade e atividades de melhoria na instituição, sob a supervisão de uma equipe ou comitê de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Esses padrões internacionais de acreditação definem o espectro completo de atividades clínicas e administrativas de uma instituição de saúde, inclusive a estrutura para melhorar essas atividades e reduzir os riscos associados a variações nesses processos.

Assim, a estrutura apresentada nesses padrões é adequada para uma ampla variedade de programas estruturados e também para abordagens menos formais de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Esta estrutura também pode incorporar programas tradicionais de medição, tais como aqueles relacionados a eventos inesperados (gerenciamento de risco) e a utilização de recursos (gerenciamento de utilização)

Ao longo do tempo, as instituições que seguirem esta estrutura irão:

- desenvolver um maior apoio da liderança para um programa que abranja toda a instituição;
- treinar e envolver mais profissionais;
- estabelecer prioridades mais claras sobre o que medir;
- tomar decisões com base em dados resultantes da medição; e
- realizar melhorias fundamentadas na comparação com outras instituições, em âmbito nacional e internacional.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Liderança e Planejamento

QPS.1 Os responsáveis pelo Governo e liderança da instituição participam no planejamento e medição de um programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

QPS.1.1 Os líderes da instituição colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

QPS.1.2 Os líderes priorizam os processos a serem medidos e as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente a serem executadas.

QPS.1.3 Os líderes fornecem suporte tecnológico e de outros tipos para o programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

QPS.1.4 As informações sobre a melhoria da qualidade e segurança do paciente são comunicadas aos profissionais.

QPS.1.5 Os profissionais são treinados para participar do programa.

Desenho dos Processos Clínicos e Administrativos

QPS.2 A instituição desenha sistemas e processos novos e modificados, de acordo com princípios de melhoria de qualidade.

QPS.2.1 Diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e/ou protocolos clínicos são utilizados para orientar a prática clínica.

Seleção das Medidas e Coleta de Dados

QPS.3 Os líderes institucionais identificam medidas chave nas estruturas, processos e resultados da instituição, para serem utilizados no plano institucional global de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

QPS.3.1 Os líderes institucionais definem medidas chave para cada estrutura, processo e resultado clínico da instituição.

QPS.3.2 Os líderes institucionais definem medidas chave para cada estrutura, processo e resultado administrativo da instituição.

QPS.3.3 Os líderes institucionais definem medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Validação e Análise dos Dados de Medição

QPS.4 Indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades adequadas agregam e analisam dados de forma sistemática na instituição.

QPS.4.1 A freqüência da análise de dados é apropriada para o processo em estudo e atende às exigências da instituição.

QPS.4.2 O processo de análise inclui comparações internas, com outras instituições, quando disponíveis, e com padrões científicos e práticas desejáveis.

QPS.5 A instituição usa um processo interno para validar os dados.

QPS.5.1 Quando a instituição publica dados ou expõe dados em um *website* público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade dos dados.

QPS.6 A instituição utiliza um processo definido para identificar e gerenciar eventos sentinela.

QPS.7 Os dados são analisados quando evidenciam tendências e variações indesejáveis.

QPS.8 A instituição tem um processo definido para a identificação e análise de eventos classificados como quase-falhas.

Alcançando e Sustentando a Melhoria

QPS.9 A melhoria na qualidade e segurança é alcançada e sustentada.

QPS.10 As atividades de melhoria e segurança são implementadas para as áreas prioritárias identificadas pelos líderes da instituição.

QPS.11 A instituição utiliza um programa contínuo de gerenciamento de risco, para identificar e reduzir eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança de pacientes e profissionais.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Liderança e Planejamento

Padrão QPS.1

Os responsáveis pelo Governo e liderança da instituição participam no planejamento e medição de um programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Propósito de QPS.1

Para uma instituição que quer iniciar e manter a melhoria e reduzir riscos para os pacientes e para o corpo profissional, liderança e planejamento são essenciais. Esta liderança e planejamento são exercidos pelo governo da instituição, juntamente com aqueles que gerenciam o cotidiano das atividades clínicas e administrativas, constituindo assim a liderança da instituição. A liderança é responsável pela definição do compromisso institucional, pela abordagem da qualidade e segurança e pelo gerenciamento e supervisão do programa. É a liderança que desenvolve o plano de qualidade e segurança do paciente e, através de sua visão e apoio, estabelece a cultura de qualidade da instituição.

Os líderes do governo têm a responsabilidade final pela qualidade e segurança do paciente na instituição e, portanto, aprovam o plano de qualidade e segurança do paciente *(ver também* GLD.1.6) e, regularmente, tomam conhecimento e agem sobre os relatórios do programa institucional para melhoria da qualidade e segurança do paciente *(ver também* GLD.1.6).

Elementos de Mensuração de QPS.1

- ❑ 1. A liderança da instituição participa do desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- ❑ 2. A liderança da instituição participa da medição do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- ❑ 3. A liderança da instituição estabelece um processo ou mecanismo de supervisão do programa institucional de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- ❑ 4. A liderança da instituição envia ao governo relatórios sobre o programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Padrão QPS.1.1

Os líderes da instituição colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Propósito de QPS.1.1

Os líderes institucionais têm um papel chave em assegurar que o plano de qualidade e segurança do paciente molde a cultura da instituição e tenha impacto em todos os setores da operação, através de uma abordagem multidisciplinar. Os líderes garantem que o programa contemple:

- o papel do desenho e redesenho de sistemas, no processo de melhoria;
- uma abordagem multidisciplinar com todos os departamentos e serviços da instituição incluídos no programa;
- a coordenação entre as diversas unidades da instituição, envolvidas com qualidade e segurança, tais como: o programa de controle de qualidade do laboratório, o programa de gerenciamento de risco, um programa de gerenciamento de risco para as instalações prediais, um gabinete dedicado à segurança do paciente, ou outros gabinetes ou programas. Para obter melhoria nos resultados dos pacientes, é necessário que haja um programa abrangente, já que os pacientes recebem cuidados de diversos tipos de departamentos, serviços e/ou profissionais da instituição; e
- uma abordagem sistemática no que se refere a empregar processos uniformes ou de qualidade similar e ao conhecimento para executar todas as atividades de melhoria e segurança do paciente.

Elementos de Mensuração de QPS.1.1

❑ 1. Os líderes da instituição colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. (*ver também* GLD.3.4, EM 2; SQE.11, EM 1; SQE.14, EM 1; e SQE.17, EM 1)
❑ 2. O programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente abrange todos os setores da instituição.
❑ 3. O programa contempla os sistemas da instituição e o papel do desenho e redesenho desses sistemas no processo de melhoria.
❑ 4. O programa contempla a coordenação entre todos os componentes das atividades institucionais de medição e controle da qualidade. (*ver também* GLD.3.4, EM 2; e PCI.10, EM 1)
❑ 5. O programa emprega uma abordagem sistemática para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Padrão QPS.1.2

Os líderes priorizam os processos a serem medidos e as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente a serem executadas.

Propósito de QPS.1.2

O estabelecimento de prioridades é uma responsabilidade básica dos líderes. Normalmente existem mais oportunidades para medição e melhoria de qualidade do que é possível atender com os recursos humanos e outros existentes. Portanto, os líderes precisam estabelecer o foco das atividades de medição e melhoria da qualidade. Eles priorizam os processos críticos, de alto risco, com propensão a problemas, mais diretamente relacionados à qualidade do cuidado e à segurança do ambiente. Os líderes incluem as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (*ver também* página 31). Os líderes utilizam os dados e informações disponíveis para identificar áreas prioritárias.

Elementos de Mensuração de QPS.1.2

❑ 1. Os líderes estabelecem prioridades institucionais para as atividades de medição.
❑ 2. Os líderes estabelecem prioridades institucionais para as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
❑ 3. As prioridades incluem a implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

Padrão QPS.1.3

Os líderes fornecem suporte tecnológico e de outros tipos para o programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Propósito de QPS.1.3

A medição das funções clínicas e administrativas em uma instituição de saúde resulta no acúmulo de dados e informações. A compreensão de como a instituição está funcionando depende da análise dos dados e informações ao longo do tempo e da comparação com outras instituições. Para instituições grandes ou de alta complexidade, esse processo pode requerer tecnologia e/ou profissionais com experiência em gerenciamento de dados. Os líderes da instituição reconhecem as prioridades de medição e melhoria e provêem o suporte necessário à melhoria da qualidade, de acordo com os recursos da instituição.

Elementos de Mensuração de QPS.1.3

❑ 1. Os líderes identificam as exigências tecnológicas e outras exigências de suporte para o acompanhamento e comparação dos resultados da medição.
❑ 2. Os líderes fornecem tecnologia e suporte para acompanhar e comparar os resultados da medição, de acordo com os recursos da instituição.

Padrão QPS.1.4

As informações sobre a melhoria da qualidade e segurança do paciente são comunicadas aos profissionais.

Propósito de QPS.1.4

A comunicação regular aos profissionais, das informações sobre o programa de melhoria de qualidade e segurança do paciente, é essencial. Essa comunicação se faz através de canais efetivos, como boletins, quadros de avisos, reuniões de equipe e outros processos relacionados aos recursos humanos. Essas informações podem se referir a projetos de melhoria novos ou recentemente implantados, progressos em relação às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, resultados da análise dos eventos sentinela e outros eventos adversos, pesquisas recentes ou programas de comparação com referências (*benchmarking)*, dentre outros.

Elementos de Mensuração de QPS.1.4

- ❑ 1. Informações sobre o programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente são comunicadas aos profissionais.
- ❑ 2. As comunicações são feitas regularmente através de canais efetivos. *(ver também* GLD.1.6, EM 2)
- ❑ 3. As comunicações incluem o progresso na conformidade com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

Padrão QPS.1.5

Os profissionais são treinados para participar do programa.

Propósito de QPS.1.5

A participação na coleta de dados, análise, planejamento e implementação de melhorias da qualidade requer conhecimento e habilidades que a maioria dos profissionais não tem ou não utiliza regularmente. Portanto, quando solicitados a participar do programa, os profissionais da instituição recebem o treinamento necessário, de acordo com seu papel na atividade planejada. Pode ser necessário ajustar as escalas de trabalho dos profissionais, de modo a assegurar sua participação nas atividades de treinamento e melhoria, como parte de suas atribuições regulares. A instituição identifica ou fornece um instrutor com conhecimento suficiente para esta educação.

Elementos de Mensuração de QPS.1.5

- ❑ 1. Existe um programa de treinamento para os profissionais, de acordo com seu papel no programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- ❑ 2. O treinamento é dado por um profissional com conhecimento suficiente.
- ❑ 3. Os profissionais da instituição participam do treinamento como parte de suas atribuições regulares.

Desenho dos Processos Clínicos e Administrativos

Padrão QPS.2

A instituição desenha sistemas e processos novos e modificados, de acordo com princípios de melhoria de qualidade.

Propósito de QPS.2

As instituições freqüentemente têm a oportunidade de elaborar novos processos ou a necessidade de modificar processos existentes. Os processos novos ou modificados usam elementos de fontes reconhecidas, incluindo diretrizes clínicas *(ver também* padrão QPS.2.1) quando disponíveis, padrões e normas nacionais e outras fontes de informação.

O desenho de processos novos ou modificados pode também obter informações de experiências de outros considerados como práticas ideais/melhores/boas. Tais práticas são avaliadas pela instituição e aquelas relevantes podem ser utilizadas e testadas.

Quando os processos ou serviços são bem projetados, eles baseiam-se em uma série de fontes de informação. O bom desenho de um processo:

- é coerente com a missão e os planos da instituição;
- atende às necessidades dos pacientes, familiares, profissionais e outros;
- utiliza diretrizes atuais da prática, padrões clínicos, literatura científica e outras informações pertinentes e baseadas em evidências, como fundamentos da prática clínica;
- é coerente com práticas de bons negócios;
- considera informações relevantes sobre gerenciamento de riscos;
- utiliza os conhecimentos e habilidades disponíveis na instituição;
- incorpora práticas ideais / melhores / boas de outras instituições;
- usa informações de atividades de melhoria relacionadas; e
- integra e conecta processos e sistemas.

Quando uma instituição desenha novos processos, ela seleciona medidas adequadas para o processo. Uma vez implementado um novo processo, a instituição coleta dados para verificar se o processo está operando conforme esperado.

Elementos de Mensuração de QPS.2

- ❑ 1. Princípios e ferramentas de melhoria da qualidade são empregados no desenho de processos novos ou modificados.
- ❑ 2. Os elementos do projeto definidos no propósito são incluídos, quando pertinentes ao processo construído ou modificado.
- ❑ 3. Medidas são selecionadas para avaliar o funcionamento do processo recentemente desenhado ou redesenhado.
- ❑ 4. Dados resultantes da mensuração realizada são utilizados na avaliação do funcionamento do processo.

Padrão QPS.2.1

Diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e/ou protocolos clínicos são utilizados para orientar a prática clínica.

Propósito de QPS.2.1

As instituições de saúde têm diversos objetivos, dentre os quais se incluem:

- padronização dos processos de cuidado;
- redução dos riscos intrínsecos aos processos, particularmente aqueles associados às etapas críticas de decisão;
- cuidado oportuno e eficaz, utilizando os recursos disponíveis de modo eficiente; e
- cuidado de qualidade, através de prática baseada em evidências

As instituições utilizam uma variedade de ferramentas para atingir esses e outros objetivos. Por exemplo, os profissionais de saúde podem desenvolver processos clínicos e tomar decisões com base nas melhores evidências científicas disponíveis. As diretrizes da prática clínica são ferramentas úteis nesse esforço de identificar e aplicar o melhor da ciência para um diagnóstico particular ou condição específica.

Além disso, os profissionais buscam padronizar os processos de cuidado. Os fluxogramas clínicos e protocolos clínicos também são ferramentas úteis para assegurar a integração e coordenação efetivas do cuidado e o uso eficiente dos recursos disponíveis. As diretrizes clínicas, os fluxogramas clínicos e protocolos clínicos pertinentes à missão da instituição e ao perfil dos pacientes ali atendidos são:

a) selecionados entre aqueles aplicáveis aos serviços e pacientes da instituição (protocolos nacionais obrigatórios estão incluídos nesse processo, quando existentes);

b) avaliados quanto à relevância para os grupos populacionais de pacientes;
c) adaptados, quando necessário, à tecnologia, drogas e outros recursos da instituição ou normas profissionais nacionais;
d) avaliados quanto à evidência científica;
e) formalmente aprovados ou adotados pela instituição;
f) implementados e medidos quanto ao uso consistente e efetividade;
g) apoiados por profissionais treinados para aplicar as diretrizes ou fluxogramas; e
h) periodicamente atualizados, com base nas mudanças nas evidências e avaliação de processos e resultados.

Espera-se que as instituições cumpram anualmente o seguinte:

- Os líderes clínicos determinam no mínimo cinco áreas de foco prioritário, como diagnóstico do paciente, procedimentos, populações, ou doenças, dentre outras, para as quais o uso de diretrizes, fluxogramas e protocolos teriam impacto na qualidade e segurança do cuidado ao paciente e na redução de variações indesejáveis nos resultados.
- Implementem o processo descrito em a) até h) para as áreas de foco prioritário selecionadas.

Elementos de Mensuração de QPS.2.1

❑ 1. Anualmente os líderes clínicos determinam no mínimo cinco áreas de foco prioritário para o uso de diretrizes, fluxogramas clínicos e/ou protocolos clínicos.

❑ 2. A instituição segue o processo descrito nos itens de a) até h), do propósito deste padrão, para implementar diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e/ou protocolos clínicos.

❑ 3. A instituição implementa diretrizes clínicas e um fluxograma clínico ou protocolo clínico para cada área prioritária.

❑ 4. Os líderes clínicos podem demonstrar como o uso de diretrizes clínicas, fluxogramas clínicos e/ou protocolos clínicos reduzir a variação nos processos e resultados.

Seleção das Medidas e Coleta de Dados

Padrão QPS.3

Os líderes institucionais identificam medidas chave nas estruturas, processos e resultados da instituição, para serem utilizados no plano institucional global de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Padrão QPS.3.1

Os líderes institucionais definem medidas chave para cada estrutura, processo e resultado clínico da instituição.

Padrão QPS.3.2

Os líderes institucionais definem medidas chave para cada estrutura, processo e resultado administrativo da instituição.

Padrão QPS.3.3

Os líderes institucionais definem medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Propósito de QPS.3 a QPS.3.3

A melhoria de qualidade e a segurança do paciente são orientadas por dados. O uso efetivo dos dados é melhor alcançado no contexto ampliado da prática clínica baseada em evidências e da prática administrativa baseada em evidências.

Como a maioria das instituições tem recursos limitados, não podem coletar dados para medir tudo o que desejam. Assim, cada instituição deve escolher os processos clínicos e administrativos e os resultados mais importantes a serem medidos com base em sua missão, nas necessidades dos pacientes e nos tipos de serviços que oferece. A medição focaliza, em geral, os processos que apresentam alto risco para os pacientes, os que são prestados em grande volume ou aqueles que têm propensão a causar problemas. Os líderes da instituição são responsáveis por fazer a seleção final das medidas-chave a serem incluídas nas atividades institucionais relacionadas à qualidade.

As medidas selecionadas relacionadas a áreas clínicas importantes incluem:

1. avaliação do paciente;
2. serviços de laboratório;
3. serviços de radiologia e diagnóstico por imagem;
4. procedimentos cirúrgicos;
5. uso de antibióticos e outros medicamentos;
6. erros e quase falhas relacionados a medicamentos;
7. uso de anestesia e sedação;
8. uso de sangue e hemoderivados;
9. disponibilidade, conteúdo e uso do prontuário do paciente;
10. prevenção e controle, vigilância e notificação de infecção; e
11. pesquisa clínica.

No mínimo, cinco das medidas clínicas devem ser selecionadas da Biblioteca Internacional de Medidas da Joint Commission International. Essas 11 medidas clínicas são as mesmas identificadas na terceira edição do manual de padrões para hospitais, nos padrões QPS.3.1 até QPS.3.11.

As medidas selecionadas relacionadas a áreas administrativas importantes incluem:

a) a aquisição de materiais rotineiramente solicitados e de medicamentos essenciais para atender às necessidades do paciente;
b) relatório de atividades, conforme requerido pela legislação;
c) gerenciamento de risco;
d) gerenciamento da utilização de recursos;
e) expectativas e satisfação do paciente e seus familiares;
f) expectativas e satisfação dos profissionais;
g) aspectos demográficos e diagnósticos clínicos;
h) gerenciamento financeiro; e
i) prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais.

Essas 9 medidas administrativas são as mesmas identificadas na terceira edição do manual de padrões para hospitais, nos padrões QPS.3.12 até QPS.3.20. As medidas administrativas serão futuramente adicionadas à Biblioteca Internacional de Medidas da Joint Commission International.

Os líderes são responsáveis pela seleção final das atividades alvo de gerenciamento. Para cada uma dessas áreas, os líderes decidem:

- o processo, procedimento ou resultado a ser medido;
- a disponibilidade de "ciência" ou "evidência" que fundamenta a medida;
- a forma como a medição será realizada;
- a pertinência das medidas em relação ao plano global de medição da qualidade e segurança do paciente;
- a freqüência da medição.

A etapa mais importante é, sem dúvida, a identificação do processo, procedimento ou resultado a ser medido. A medida deve ter foco, por exemplo, nos pontos de risco dos processos, nos procedimentos que, com freqüência, apresentam problemas ou são realizados em grande volume, e nos resultados que podem ser definidos com clareza e estão sob controle da instituição. A instituição pode decidir medir um procedimento cirúrgico particular (correção de fenda palatina, por exemplo) ou uma classe de procedimentos cirúrgicos (procedimentos ortopédicos, por exemplo).

Além disso, a instituição pode desejar medir o processo usado para escolha do procedimento cirúrgico para correção da fenda palatina ou pode escolher medir o processo de alinhamento da prótese na cirurgia de substituição do quadril. A freqüência da coleta de dados está associada à freqüência com que determinado processo é utilizado ou com que certo procedimento é executado. As conclusões ou recomendações devem ser fundamentadas em dados suficientes correspondentes ao monitoramento de todos os casos ou de uma amostra de casos. Novas medidas são selecionadas quando aquelas utilizadas não mais fornecem dados úteis para analisar o processo, procedimento ou resultado. Portanto, a instituição deve ter um registro de medição contínua na área identificada; contudo, as medidas podem mudar.

Para medir os processos, a instituição precisa definir a organização das atividades de medição, com que freqüência coletar dados, e como incorporar esses dados aos processos de trabalho cotidianos. As medidas são úteis também para compreender melhor ou avaliar mais intensivamente as áreas em estudo. Da mesma forma, a análise dos dados de medição *(ver também* QPS.4 até QPS.4.2) pode resultar em estratégias de melhoria na área que está sendo medida. Nesse caso, a medida é útil para identificar a efetividade da estratégia de melhoria.

A coleta de dados, análise e utilização das cinco medidas clínicas selecionadas pela instituição, da Biblioteca Internacional de Medidas da Joint Commission International, terão início em 2011. A apresentação de dados dessas cinco medidas à JCI é voluntária em 2011. A apresentação obrigatória terá início em 2012 ou após.

Elementos de Mensuração de QPS.3

- ❑ 1. Os líderes institucionais definem áreas alvo para medição e melhoria.
- ❑ 2. A medição faz parte do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- ❑ 3. Os resultados da medição são comunicados à estrutura de supervisão e periodicamente aos líderes institucionais e à estrutura de governo da instituição.

Elementos de Mensuração de QPS.3.1

- ❑ 1. Os líderes clínicos definem medidas chave para cada área clínica identificada nos itens 1) até 11) no propósito.
- ❑ 2. No mínimo 5 das 11 medidas clínicas requeridas são selecionadas da Biblioteca Internacional de Medidas da Joint Commission International.
- ❑ 3. Os líderes analisam a "ciência" ou "evidência" que apóia cada uma das medidas selecionadas.
- ❑ 4. A medição inclui estrutura, processos e resultados.
- ❑ 5. O escopo, método e freqüência de cada medida estão definidos.
- ❑ 6. Os dados da medição clínica são coletados e usados para avaliar a efetividade das melhorias.

Elementos de Mensuração de QPS.3.2

- ❑ 1. Os líderes administrativos definem medidas chave para cada área administrativa identificada em a) até i) no propósito.
- ❑ 2. Os líderes analisam a "ciência" ou "evidência" que apóia cada uma das medidas selecionadas.
- ❑ 3. A medição inclui estrutura, processos e resultados.
- ❑ 4. O escopo, método e freqüência de cada medida estão definidos.
- ❑ 5. Os dados da medição administrativa são coletados e usados para avaliar a efetividade das melhorias.

Elementos de Mensuração de QPS.3.3

- ❑ 1. Os líderes clínicos e administrativos definem medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente.
- ❑ 2. A medição inclui as áreas identificadas em todas as IPSG.
- ❑ 3. Os dados da medição são usados para avaliar a efetividade das melhorias.

Validação e Análise dos Dados de Medição

Padrão QPS.4

Indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades adequadas agregam e analisam dados de forma sistemática na instituição.

Propósito de QPS.4

Para chegar a conclusões e tomar decisões, os dados devem ser agregados, analisados e transformados em informações úteis. A análise dos dados envolve profissionais que compreendem o gerenciamento de informações, têm habilidades em métodos de agregação de dados e sabem usar diversas ferramentas de estatísticas. Os resultados da análise dos dados devem ser reportados aos indivíduos responsáveis pelo processo ou resultado que está sendo medido e que pode agir sobre os resultados. Esses podem ser da área clínica, administrativa ou de ambas. Por este motivo, a análise de dados proporciona informações contínuas sobre gestão da qualidade, para auxiliar esses indivíduos a tomar decisões e melhorar continuamente os processos clínicos e administrativos.

O conhecimento sobre técnicas estatísticas é útil para a análise de dados, especialmente para interpretar variações e decidir onde são necessárias melhorias. Os fluxogramas, gráficos de controle, histogramas e gráfico de Pareto são exemplos de ferramentas estatísticas úteis para identificar tendências e variações na assistência à saúde.

Elementos de Mensuração de QPS.4

- ❑ 1. Os dados são agregados, analisados e transformados em informações úteis.
- ❑ 2. Indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades clínicas ou administrativas apropriadas, participam do processo.
- ❑ 3. Ferramentas e técnicas estatísticas são utilizadas no processo de análise, quando apropriado.
- ❑ 4. Os resultados da análise são reportados aos responsáveis pelas ações a serem tomadas. (*ver também* GLD.3.4, EM 2)

Padrão QPS.4.1

A freqüência da análise de dados é apropriada para o processo em estudo e atende às exigências da instituição.

Propósito de QPS.4.1

A instituição determina a freqüência com que os dados são agregados e analisados. A freqüência depende da atividade ou área que está sendo avaliada, da freqüência das medições (*ver também* QPS.3) e das prioridades da instituição. Por exemplo, os dados do controle de qualidade do laboratório clínico podem ser analisados semanalmente para atender a regulamentos locais, enquanto dados sobre quedas de pacientes podem ser analisados mensalmente, se a ocorrência de quedas não for freqüente. Assim, a agregação de dados em momentos determinados permite que a instituição julgue a estabilidade de um processo específico ou a previsibilidade de um determinado resultado, em relação às expectativas.

Elementos de Mensuração de QPS.4.1

- ❑ 1. A freqüência da análise de dados é apropriada para o processo em estudo.
- ❑ 2. A freqüência da análise de dados atende às exigências da instituição.

Padrão QPS.4.2

O processo de análise inclui comparações internas, com outras instituições, quando disponíveis, e com padrões científicos e práticas desejáveis.

Propósito de QPS.4.2

O objetivo da análise de dados é poder comparar a instituição de quatro formas:

- ❑ 1. Com ela própria ao longo do tempo – como mês a mês, ou de um ano para o outro.
- ❑ 2. Com outras instituições similares, como através de bancos de dados de referência *(ver também* MCI.20.2, EM 3).
- ❑ 3. Com padrões, como os estabelecidos por entidades profissionais ou de acreditação, ou ainda aqueles estabelecidos por leis e regulamentos.
- ❑ 4. Com práticas reconhecidamente desejáveis identificadas na literatura como práticas ideais ou melhores, ou diretrizes clínicas.

Essas comparações auxiliam a instituição a identificar a origem e a natureza da mudança indesejável e a focalizar os esforços de melhoria.

Elementos de Mensuração de QPS.4.2

- ❑ 1. Comparações são feitas ao longo do tempo dentro da instituição.
- ❑ 2. Comparações são feitas com instituições similares, quando possível.
- ❑ 3. Comparações são feitas com padrões, quando apropriado.
- ❑ 4. Comparações são feitas com práticas desejáveis reconhecidas.

Padrão QPS.5

A instituição usa um processo interno para validar os dados.

Propósito de QPS.5

Um programa de melhoria de qualidade só é válido quando os dados coletados são válidos. Para assegurar que dados bons e úteis foram coletados, é necessário que seja utilizado um processo interno de validação dos dados. A validação de dados é mais importante nas seguintes circunstancias:

- Uma nova medida é implementada (em particular, aquelas medidas clínicas que tem a finalidade de ajudar a instituição a avaliar e melhorar um processo clínico ou resultado importante);
- Os dados serão tornados públicos na pagina eletrônica da instituição ou de outras formas;
- Houve uma alteração relativa a uma medida pré-existente, como por exemplo, uma alteração nas ferramentas de coleta de dados ou no processo de abstração de dados ou do profissional responsável pela abstração dos dados;
- Os dados resultantes de uma medida sofreram uma inexplicável alteração;
- A fonte de dados mudou, como por exemplo, mudança de parte do prontuário para prontuário eletrônico, alterando a fonte de dados para incluir tanto informações em papel quanto em formato eletrônico;
- O sujeito da coleta de dados mudou, por exemplo, mudança na média de idade dos pacientes, co-morbidades, alterações no protocolo da pesquisa, novas diretrizes clínicas foram implementadas, ou novas tecnologias e métodos terapêuticos foram introduzidos.

A validação de dados é uma ferramenta importante para se compreender a qualidade dos dados da qualidade e para estabelecer o nível de confiança que os tomadores de decisão podem ter nos dados. A validação de dados é uma das etapas do processo de: estabelecimento de prioridades para mensuração, seleção do que vai ser medido, seleção e teste da medida, coleta de dados, validação dos dados e utilização dos dados para melhoria.

Os elementos essenciais de um processo de validação dos dados digno de credibilidade inclui:

a) Re-coleta dos dados por uma segunda pessoa não envolvida na coleta de dados original;
b) Uso de uma amostra estatisticamente válida de prontuários, casos, e outros dados. Uma amostra de 100% só é necessária quando o número de prontuários, casos ou outros dados é muito pequeno;
c) Comparação dos dados originais com aqueles obtidos da re-coleta;
d) Cálculo da acurácia – número de elementos coincidentes divididos pelo número total de elementos analisados, vezes 100 – uma acurácia de 90% representa uma boa referência;
e) Quando os elementos encontrados não coincidem, as razões são registradas (por exemplo, dados não claramente definidos), e medidas corretivas são tomadas;
f) Uma nova amostra é coletada depois de todas as ações corretivas terem sido implementadas para garantir que as ações resultaram no nível de acurácia desejado. (*ver também* SQE.11, EM 4)

Elementos de Mensuração de QPS.5

❑ 1. A instituição incorpora a validação de dados aos seus processos de gerenciamento e melhoria de qualidade.
❑ 2. A instituição tem um processo interno de validação de dados que inclui os elementos de a) até f) mencionados no propósito.
❑ 3. O processo de validação de dados inclui pelo menos as medidas requeridas em QPS.3.1.

Padrão QPS.5.1

Quando a instituição publica dados ou expõe dados em um *website* público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade dos dados.

Propósito de QPS.5.1

Quando uma instituição publica dados relativos a resultados clínicos, à segurança do paciente, ou outros tipos de dados, ou torna públicos os dados de outra forma, como apresentação em um *website*, ela tem a obrigação ética de oferecer ao público as informações mais precisas e confiáveis. Os líderes da instituição são responsáveis por garantir que os dados sejam precisos e confiáveis. Esta confiabilidade pode ser estabelecida através de um processo interno de avaliação da validade dos dados ou, alternativamente, podem ser julgados como válidos por uma terceira parte, independente.

Elementos de Mensuração de QPS.5.1

❑ 1. Os líderes da instituição assumem a responsabilidade pela confiabilidade dos dados e resultados da qualidade tornados públicos.
❑ 2. Os dados tornados públicos foram avaliados quanto à confiabilidade e validade.

Padrão QPS.6

A instituição utiliza um processo definido para identificar e gerenciar eventos sentinela.

Propósito de QPS.6

Cada instituição estabelece uma definição operacional de evento sentinela que inclui, pelo menos:

a) morte inesperada do paciente, não relacionada ao curso natural de sua doença ou condição subjacente (por exemplo, suicídio);
b) perda significativa e permanente da função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente; e
c) cirurgia errada, na parte do corpo errada, no paciente errado; e
d) rapto de criança ou criança liberada com os pais errados.

A definição da instituição para evento sentinela inclui os elementos de a) até d) acima e pode incluir outros eventos, se requeridos pela lei ou regulamentos, ou se considerados pela instituição como pertinentes à sua lista de eventos sentinela. Todos os eventos que preenchem esses critérios são avaliados através de uma análise de causa raiz. Quando a análise de causa raiz revela que a melhoria dos sistemas ou outras ações podem prevenir ou reduzir o risco de recorrência de tais eventos sentinela, a instituição redesenha os processos e realiza as intervenções apropriadas.

É importante notar que o termo "evento sentinela" *(ver também* "Política da JCI para Eventos Sentinela", na página 23) nem sempre se refere a erro ou engano ou sugere qualquer questão legal em particular. *(ver também* SQE.11, EM 4)

Elementos de Mensuração de QPS.6

- ❑ 1. Os líderes do hospital estabeleceram uma definição para evento sentinela que inclui pelo menos os itens de a) até d) do propósito deste padrão.
- ❑ 2. A instituição realiza uma análise de causa raiz de todos os eventos sentinela em um período de tempo especificado pelos líderes do hospital.
- ❑ 3. Os eventos são analisados quando ocorrem.
- ❑ 4. Os líderes do hospital realizam intervenções relativas aos resultados da análise de causa raiz.

Padrão QPS.7

Os dados são analisados quando evidenciam tendências e variações indesejáveis.

Propósito de QPS.7

Quando a instituição detecta ou suspeita de uma mudança indesejada em relação ao que era esperado, inicia uma análise intensiva para determinar o melhor foco para a melhoria (*ver também* MMU.7.1, propósito). Em particular, uma análise intensiva tem início quando níveis, padrões ou tendências variam de maneira significativa e indesejável em relação:

- ao que era esperado;
- aos eventos de outras instituições; ou
- a padrões reconhecidos

Os seguintes eventos são analisados:

a) Todas as reações confirmadas à transfusão, se aplicável à instituição;
b) Todos os eventos adversos significativos, relativos a fármacos, se aplicável e conforme definido pela instituição;
c) Todos os erros de medicação significativos, se aplicável e conforme definido pela instituição;
d) Todas as discrepâncias maiores entre os diagnósticos pré e pós-operatório;
e) Eventos adversos ou padrões de eventos adversos durante a realização de sedação moderada ou profunda, ou anestesia;
f) Outros eventos tais como surtos de doenças infecciosas.

Elementos de Mensuração de QPS.7

- ❑ 1. Uma análise intensiva dos dados tem lugar quando níveis, padrões ou tendências adversas significativas ocorrem.
- ❑ 2. Todas as reações confirmadas à transfusão, se aplicável à instituição, são analisadas.
- ❑ 3. Todos os eventos adversos significativos, relativos a fármacos, se aplicável e conforme definido pela instituição, são analisados. *(ver também* MMU.7, EM 3)
- ❑ 4. Todos os erros de medicação significativos, se aplicável e conforme definido pela instituição, são analisados. *(ver também* MMU.7.1, EM 1)
- ❑ 5. Todas as discrepâncias maiores entre os diagnósticos pré e pós-operatório são analisadas.
- ❑ 6. Eventos adversos ou padrões de eventos adversos durante a realização de sedação moderada ou profunda, e anestesia são analisados.
- ❑ 7. Outros eventos definidos pela instituição são analisados.

Padrão QPS.8

A instituição tem um processo definido para a identificação e análise de eventos classificados como quase-falhas.

Propósito de QPS.8

Na tentativa de identificar, de forma pró-ativa, onde os sistemas podem ser vulneráveis à ocorrência de eventos adversos, a instituição coleta dados e informações sobre aqueles eventos considerados uma quase-falha e avalia esses eventos, em um esforço para prevenir sua real ocorrência. Inicialmente a instituição estabelece uma definição para quase-falha e os tipos de eventos a serem relatados. Em segundo lugar, estabelece um mecanismo de notificação e finalmente implementa um processo para agregar e analisar os dados, para identificar onde as mudanças pró-ativas nos processos reduzirão ou eliminarão os eventos ou quase falhas relacionados.

Elementos de Mensuração de QPS.8

❑ 1. A instituição estabelece uma definição para quase-falha.

❑ 2. A instituição define os tipos de eventos a serem comunicados.
(*ver também* MMU.7.1 sobre quase-falhas de medicação)

❑ 3. A instituição estabelece o processo de relato de quase-falhas.
(*ver também* MMU.7.1 para quase-falhas de medicamentos).

❑ 4. Os dados são analisados e medidas são implementadas para reduzir eventos de quase-falha.
(*ver também* MMU.7.1, EM 3)

Alcançando e Sustentando a Melhoria

Padrão QPS.9

A melhoria na qualidade e segurança é alcançada e sustentada.

Propósito de QPS.9

A instituição utiliza as informações resultantes da análise de dados para identificar melhorias potenciais ou reduzir (ou prevenir) eventos adversos. Dados da medição de rotina, assim como dados das avaliações intensivas, contribuem para identificar o foco da melhoria a ser planejada e a prioridade a ser estabelecida. As melhorias são planejadas idealmente para as áreas prioritárias de coleta de dados, identificadas pelos líderes.

Elementos de Mensuração de QPS.9

❑ 1. A instituição planeja e implementa melhorias na qualidade e segurança.

❑ 2. A instituição utiliza um processo consistente para definir melhorias prioritárias, que são selecionadas pelos líderes.

❑ 3. A instituição documenta as melhorias alcançadas e sustentadas.

Padrão QPS.10

As atividades de melhoria e segurança são implementadas para as áreas prioritárias identificadas pelos líderes da instituição.

Propósito de QPS.10

A instituição utiliza os recursos apropriados e envolve aqueles indivíduos, especialidades e departamentos mais próximos aos processos ou atividades a serem aprimoradas. A responsabilidade pelo planejamento e execução de uma melhoria é atribuída a profissionais ou a uma equipe, os treinamentos necessários são fornecidos, e recursos tais como gerenciamento de informações e outros, são disponibilizados.

Feito o planejamento, os dados são coletados durante um período de teste para demonstrar que a mudança planejada era de fato uma melhoria. Para assegurar que a melhoria é sustentada, dados de medição são coletados para análise contínua. As mudanças eficazes são incorporadas ao procedimento operacional padrão, e os profissionais são treinados conforme apropriado. A instituição documenta as melhorias alcançadas e sustentadas, como parte do seu programa de gerenciamento e melhoria da qualidade.

Elementos de Mensuração de QPS.10

- ❑ 1. As áreas prioritárias identificadas pelos líderes da instituição são incluídas nas atividades de melhoria. *(ver também* QPS.3, EM 1)
- ❑ 2. Os recursos humanos e outros necessários para executar uma melhoria são designados ou alocados.
- ❑ 3. As mudanças são planejadas e testadas.
- ❑ 4. As mudanças que resultaram em melhorias são implementadas.
- ❑ 5. Existem dados disponíveis para demonstrar que as melhorias são eficazes e sustentadas.
- ❑ 6. A política é revisada para contemplar as mudanças necessárias ao planejamento, execução e manutenção das melhorias.
- ❑ 7. As melhorias bem sucedidas são documentadas.

Padrão QPS.11

A instituição utiliza um programa contínuo de gerenciamento de risco, para identificar e reduzir eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança de pacientes e profissionais.

Propósito de QPS.11

As instituições precisam adotar uma abordagem pró-ativa de gerenciamento de risco. Uma forma de fazer isto é um programa formal de gerenciamento de risco, cujos componentes essenciais incluem:

a) identificação do risco;
b) priorização do risco;
c) notificação do risco;
d) gerenciamento do risco;
e) investigação de eventos adversos; e
f) gerenciamento de queixas relacionadas.

Um elemento importante do gerenciamento de risco é a análise de risco, como por exemplo, um processo para avaliar quase-falhas e outros processos de alto risco, nos quais uma falha resultaria em um evento sentinela. Uma ferramenta que fornece esse tipo de análise pró-ativa das conseqüências de um evento que poderia ocorrer em um processo crítico, de alto risco, é a análise do modo de falha e efeitos. Ferramentas semelhantes também podem ser utilizadas para identificar e reduzir riscos, como a análise de vulnerabilidade a perigos.

Para usar esta ferramenta ou outras similares, os líderes institucionais precisam adotar e conhecer a abordagem, definir uma lista de processos de alto risco em relação à segurança de pacientes e profissionais, e depois usar a ferramenta durante um processo de riscos prioritários. Após a análise dos resultados, os líderes institucionais adotam medidas para redesenhar o processo ou implementam ações similares para reduzir os riscos no processo. Este processo de redução do risco é executado e documentado pelo menos uma vez por ano.

Elementos de Mensuração de QPS.11

- ❑ 1. Os líderes institucionais adotam um arcabouço para o gerenciamento de risco, que inclui os elementos apresentados em a) até f), no propósito.
- ❑ 2. A instituição executa e documenta a utilização de uma ferramenta pró-ativa para redução do risco em seus processos de risco identificados como prioritários, pelo menos uma vez por ano.
- ❑ 3. Os líderes institucionais implementam ações para redesenhar processos de alto-risco, com base na análise realizada.

Prevenção e Controle de Infecções (PCI)

Apresentação

O objetivo de um programa institucional de prevenção e controle de infecções é identificar e reduzir os riscos de adquirir e transmitir infecções entre pacientes, funcionários, profissionais de saúde, trabalhadores contratados, voluntários, estudantes e visitantes.

Os riscos de infecção e as atividades do programa podem diferir de uma instituição para outra, dependendo das atividades e serviços oferecidos, da localização geográfica, do volume de pacientes, da população atendida e do número de profissionais da instituição.

Os programas efetivos têm em comum uma liderança identificada, profissionais bem treinados, métodos para identificar e abordar proativamente os riscos de infecção, políticas e procedimentos apropriados, educação de profissionais e uma coordenação geral.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Liderança e Coordenação do Programa

PCI.1 Um ou mais profissionais supervisionam todas as atividades de prevenção e controle de infecção. Este profissional (s) é qualificado em práticas de prevenção e controle de infecção através de formação, treinamento, experiência ou certificação.

PCI.2 Existe um mecanismo designado para coordenar todas as atividades de prevenção e controle de infecção, que envolve médicos, enfermeiros e outros profissionais, e é apropriado ao tamanho e complexidade da instituição.

PCI.3 O programa de prevenção e controle de infecções tem por base os conhecimentos científicos atuais, as diretrizes aceitas para a prática, as leis e regulamentos aplicáveis e os padrões de higiene e limpeza.

PCI.4 Os líderes da instituição disponibilizam recursos adequados para dar suporte ao programa de prevenção e controle de infecção.

Foco do Programa

PCI.5 A instituição elabora e implementa um programa abrangente para reduzir os riscos de infecções associadas ao cuidado, em pacientes e profissionais de saúde.

PCI.5.1 Todas as áreas da instituição, por onde circulam pacientes, profissionais e visitantes, estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção.

PCI.6 A instituição utiliza uma abordagem baseada no risco para estabelecer o foco do programa de prevenção e redução de infecções associadas aos cuidados de saúde.

PCI.7 A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa estratégias para reduzir esse risco.

PCI.7.1 A instituição reduz o risco de infecções, garantindo uma adequada limpeza e esterilização dos equipamentos e uma adequada gestão da lavanderia e rouparia.

PCI.7.1.1 Existe uma política e procedimento em vigor, que define o processo para gerenciar suprimentos com prazo de validade vencido e as condições para reutilização de dispositivos descartáveis, quando permitido pela legislação.

PCI.7.2 A instituição reduz o risco de infecções através do descarte adequado dos resíduos.

PCI.7.3 A instituição dispõe de uma política e um procedimento para o descarte de instrumentos cortantes e agulhas.

PCI.7.4 A instituição reduz o risco de infecções associadas à operação dos serviços de alimentação e dos controles de mecânica e engenharia.

PCI.7.5 A instituição reduz os riscos de infecção nas suas instalações durante a ocorrência de demolições, construções e reformas.

Procedimentos de Isolamento

PCI.8 A instituição disponibiliza precauções de barreira e procedimentos de isolamento para proteger os pacientes, visitantes e profissionais, contra doenças transmissíveis e protege os doentes imunossuprimidos contra infecções às quais são particularmente susceptíveis.

Técnicas de Barreira e Higiene das Mãos

PCI.9 Luvas, máscaras, proteções oculares e outros equipamentos de proteção, sabão e desinfetantes estão disponíveis e são corretamente utilizados quando necessário.

Integração do Programa com a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente

PCI.10 O processo de prevenção e controle de infecção está integrado ao programa geral da instituição para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

PCI.10.1 A instituição rastreia os riscos de infecção, as taxas de infecção e as tendências, no que se refere às infecções associadas aos cuidados de saúde.

PCI.10.2 A melhoria da qualidade inclui a utilização de medidas relacionadas com problemas de infecções de importância epidemiológica para a instituição.

PCI.10.3 A instituição utiliza as informações sobre riscos, taxas e tendências para desenhar ou modificar processos no intuito de reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde, para os níveis mais baixos possíveis.

PCI.10.4 A instituição compara as suas taxas de infecção associada aos cuidados de saúde com as de outras instituições, através de bases de dados comparativas.

PCI.10.5 Os resultados da mensuração da prevenção e controle de infecção na instituição são regularmente comunicados aos líderes e profissionais.

PCI.10.6 A instituição comunica as informações sobre infecções aos órgãos externos de saúde pública apropriados.

Educação dos Profissionais sobre o Programa

PCI.11 A instituição fornece educação sobre práticas de prevenção e controle de infecção aos profissionais, médicos, pacientes e aos familiares e a outros prestadores de cuidado, quando indicado por seu envolvimento no cuidado.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Liderança e Coordenação do Programa

Padrão PCI.1

Um ou mais profissionais supervisionam todas as atividades de prevenção e controle de infecção. Este profissional (s) é qualificado em práticas de prevenção e controle de infecção através de formação, treinamento, experiência ou certificação.

Propósito de PCI.1

O programa de prevenção e controle de infecção tem supervisão adequada ao tamanho da instituição, ao nível dos riscos, à complexidade das atividades e ao escopo do programa. Um ou mais profissionais, atuando em tempo integral ou meio período, realizam a supervisão, como parte de suas responsabilidades ou atribuições do cargo. Sua qualificação depende das atividades que realizarão e podem ser adquiridas através de:

- Formação;
- Treinamento;
- Experiência; e
- Certificação ou licença.

Elementos de Mensuração de PCI.1

- ❑ 1. Um ou mais profissionais supervisionam o programa de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 2. O profissional (s) está qualificado para o tamanho da instituição, níveis de risco, complexidade e escopo do programa.
- ❑ 3. O profissional (s) desempenha suas responsabilidades de supervisão do programa, conforme a designação ou descrição do cargo.

Padrão PCI.2

Existe um mecanismo designado para coordenar todas as atividades de prevenção e controle de infecção, que envolve médicos, enfermeiros e outros profissionais, e é apropriado ao tamanho e complexidade da instituição.

Propósito de PCI.2

As atividades de controle da infecção atingem todas as áreas das instituições de saúde e envolvem profissionais de vários departamentos e serviços, por exemplo, dos departamentos clínicos, da manutenção predial, do serviço de nutrição (refeições), governança, laboratório, farmácia e serviços de esterilização. Existe um mecanismo para coordenar o programa, como um todo. Esse mecanismo pode ser um pequeno grupo de trabalho, um comitê de coordenação, uma força tarefa ou outro mecanismo. As responsabilidades incluem, por exemplo, o estabelecimento de critérios para a definição de infecções associadas aos cuidados de saúde, estabelecimento de métodos para coleta (vigilância) de dados, planejamento de estratégias para prevenção de infecções e controle dos riscos e processos de notificação. A atividade de coordenação envolve a comunicação com todos os setores da instituição para garantir que o programa é contínuo e pró-ativo.

Qualquer que seja o mecanismo escolhido pela instituição para coordenar o programa de prevenção e controle de infecção, os médicos e enfermeiros estão representados e engajados nas atividades, junto com os profissionais de prevenção e controle de infecção. Outros profissionais podem ser incluídos conforme o tamanho e complexidade da instituição (por exemplo, epidemiologistas, especialistas em coleta de dados, estatísticos, o responsável pela central de esterilização, microbiologista, farmacêutico, serviço de governança, gerência do ambiente hospitalar, chefe do centro cirúrgico).

Elementos de Mensuração de PCI.2

- ❑ 1. Existe um mecanismo designado para coordenar o programa de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 2. A coordenação das atividades de prevenção e controle de infecção envolve médicos.
- ❑ 3. A coordenação das atividades de prevenção e controle de infecção envolve enfermeiros.
- ❑ 4. A coordenação das atividades de prevenção e controle de infecção envolve os profissionais de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 5. A coordenação das atividades de prevenção e controle de infecção envolve o serviço de governança.
- ❑ 6. A coordenação das atividades de prevenção e controle de infecção envolve outros profissionais, com base no tamanho e complexidade da instituição.

Padrão PCI.3

O programa de prevenção e controle de infecções tem por base os conhecimentos científicos atuais, as diretrizes aceitas para a prática, as leis e regulamentos aplicáveis e os padrões de higiene e limpeza.

Propósito de PCI.3

A informação é essencial para um programa de prevenção e controle de infecção. É necessário dispor de informações científicas atuais para compreender e implementar atividades efetivas de vigilância e controle, e estas podem ser originárias de diversas fontes nacionais ou internacionais; por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica diretrizes sobre higiene das mãos e outras. As diretrizes da prática fornecem informações sobre práticas preventivas e sobre infecções associadas aos serviços clínicos e de apoio. A legislação e os regulamentos aplicáveis definem os elementos do programa básico, a resposta que deve ser dada a surtos de doenças infecciosas e quaisquer requisitos necessários para a sua comunicação.

Elementos de Mensuração de PCI.3

- ❑ 1. O programa de prevenção e controle de infecção está baseado no conhecimento científico atualizado.
- ❑ 2. O programa de prevenção e controle de infecção tem por base a utilização de diretrizes aceitas para a prática.
- ❑ 3. O programa de prevenção e controle de infecção tem por base o cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis.
- ❑ 4. O programa de prevenção e controle de infecção tem por base o cumprimento dos padrões das agências locais e nacionais de higiene e limpeza.

Padrão PCI.4

Os líderes da instituição disponibilizam recursos adequados para dar suporte ao programa de prevenção e controle de infecção.

Propósito de PCI.4

O programa de prevenção e controle de infecção requer pessoal adequado para cumprir os objetivos do programa e as necessidades da instituição, conforme determinado pelo organismo/mecanismo de supervisão, e aprovado pela liderança da instituição.

Além disso, o programa de prevenção e controle das infecções precisa de recursos para dar formação a todo o pessoal e de suprimentos, como álcool gel para a higiene das mãos. Os líderes da instituição asseguram os recursos adequados ao desenvolvimento efetivo do programa.

Os sistemas de gerenciamento de informações são importantes recursos de apoio à identificação de riscos, taxas e tendências relacionadas com infecções associadas à prestação de cuidados de saúde. As funções de gerenciamento da informação servem de apoio à análise e interpretação de dados e à apresentação dos resultados obtidos. Além disso, os dados e informações obtidos pelo programa de prevenção e controle de infecção são cruzados com aqueles do programa institucional de gerenciamento e melhoria da qualidade.

Elementos de Mensuração de PCI.4

- ❑ 1. O programa de prevenção e controle de infecção dispõe de pessoal adequado, conforme aprovado pela liderança.
- ❑ 2. Os líderes da instituição alocam recursos adequados para o programa de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 3. Sistemas de gerenciamento da informação dão suporte ao programa de prevenção e controle de infecção.

Foco do Programa

Padrão PCI.5

A instituição elabora e implementa um programa abrangente para reduzir os riscos de infecções associadas ao cuidado, em pacientes e profissionais de saúde.

Propósito de PCI.5

Para que um programa de prevenção e controle de infecções seja efetivo, ele tem de ser abrangente, e abranger da mesma forma os cuidados prestados aos pacientes e a saúde dos profissionais da instituição. O programa é orientado por um plano que identifica e inclui os problemas relacionados com as infecções e que tenham importância epidemiológica para a instituição. Além disso, o programa e o plano são adequados às dimensões da instituição e à sua localização geográfica, serviços e pacientes. O programa inclui sistemas para identificar infecções e para investigar surtos de doenças infecciosas. Políticas e procedimentos orientam o programa. O programa é orientado pela avaliação periódica dos riscos e estabelecimento de metas de redução de riscos.

Elementos de Mensuração de PCI.5

- ❑ 1. Existe um programa abrangente e um plano para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, nos pacientes.
- ❑ 2. Existe um programa e um plano abrangente para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde nos profissionais de saúde. (*ver também* SQE.8.4)
- ❑ 3. O programa inclui atividades de vigilância sistemáticas e pró-ativas para determinar taxas usuais (endêmicas) de infecção.
- ❑ 4. O programa inclui sistemas para investigar os surtos de doenças infecciosas. (*ver também* IPSG.5, EM 1)
- ❑ 5. O programa é orientado por políticas e procedimentos apropriados.
- ❑ 6. Metas e objetivos mensuráveis para redução do risco estão estabelecidos e são regularmente revistos.
- ❑ 7. O programa é apropriado às dimensões da instituição, localização geográfica, serviços e pacientes.

Padrão PCI.5.1

Todas as áreas da instituição, por onde circulam pacientes, profissionais e visitantes, estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção.

Propósito de PCI.5.1

As infecções podem entrar na instituição através de pacientes, familiares, profissionais, voluntários, visitantes e outras pessoas, como por exemplo, representantes comerciais. Assim, todas as áreas da instituição onde essas pessoas podem ser encontradas devem ser incluídas no programa de vigilância, prevenção e controle de infecção.

Elementos de Mensuração de PCI.5.1

- ❑ 1. Todas as áreas da instituição nas quais os pacientes recebem cuidados estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 2. Todas as áreas da instituição por onde circulam profissionais estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção hospitalar.
- ❑ 3. Todas as áreas da instituição por onde circulam visitantes estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Padrão PCI.6

A instituição utiliza uma abordagem baseada no risco para estabelecer o foco do programa de prevenção e redução de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Propósito de PCI.6

Cada instituição deve identificar as infecções de importância epidemiológica, os locais de infecção e os dispositivos, procedimentos e práticas relacionadas, onde serão concentrados os esforços para prevenir e reduzir a incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde. A abordagem baseada no risco auxilia as instituições a identificar as práticas e infecções nas quais o programa deve se concentrar. A abordagem baseada no risco utiliza a vigilância como componente importante para coletar e analisar os dados que orientam a avaliação do risco.

As instituições coletam e avaliam dados sobre as seguintes infecções e locais:

a) Trato respiratório – tais como os procedimentos e equipamentos associados a intubação, ventilação mecânica, traqueostomia e assim por diante;
b) Trato urinário – tais como os procedimentos invasivos e equipamentos associados aos cateteres urinários de demora, cateteres vesicais e seus cuidados, e assim por diante;
c) Dispositivos intravasculares invasivos - tais como inserção e cuidado relacionado a cateteres venosos centrais, acessos venosos periféricos e assim por diante;
d) Sítios cirúrgicos – como o seu cuidado e tipo de curativos e procedimentos de assepsia associados;
e) Doenças e microorganismos de relevância epidemiológica — microorganismos multi-resistentes, infecções de alta virulência; e
f) Infecções emergentes ou reemergentes na comunidade.

Elementos de Mensuração de PCI.6

- ❑ 1. A instituição estabeleceu o foco do programa através da coleta de dados relacionados aos elementos a) até f), descritos no propósito do padrão.
- ❑ 2. Os dados coletados relacionados aos elementos a) até f) são avaliados e analisados.
- ❑ 3. Com base na avaliação e análise dos dados, ações são postas em prática para orientar ou reorientar o foco do programa institucional de prevenção e controle de infecção.
- ❑ 4. A instituição avalia esses riscos no mínimo uma vez por ano e a avaliação é documentada.

Padrão PCI.7

A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa estratégias para reduzir esse risco.

Propósito de PCI.7

As instituições de saúde avaliam e prestam cuidados aos pacientes através de diversos processos, simples e complexos, cada um associado a um nível de risco de infecção para os pacientes e para os profissionais. Por isso, é importante que a instituição analise e mensure esses processos e que, conforme adequado, implemente políticas, procedimentos, educação e outras atividades para reduzir o risco de infecção.

Elementos de Mensuração de PCI.7

- ❑ 1. A instituição identificou os processos associados ao risco de infecção. (*ver também* MMU.5, EM 1)
- ❑ 2. A instituição implementou estratégias para reduzir o risco de infecções nesses processos. (*ver também* MMU.5, EM 1)
- ❑ 3. A instituição identificou os riscos (*ver também* de PCI.7.1 até PCI.7.5) que exigem a adoção de políticas e/ou procedimentos, educação dos profissionais, alterações nas práticas e outras atividades para dar suporte à redução dos riscos.

Padrão PCI.7.1

A instituição reduz o risco de infecções, garantindo uma adequada limpeza e esterilização dos equipamentos e uma adequada gestão da lavanderia e rouparia.

Propósito de PCI.7.1

O risco de infecção é minimizado com a utilização de processos adequados de limpeza, desinfecção e esterilização, como a limpeza e desinfecção de endoscópios, a esterilização de materiais cirúrgicos e de outros equipamentos, invasivos ou não-invasivos, utilizados para o cuidado ao paciente. A limpeza, desinfecção e esterilização podem ser realizadas numa área de esterilização central ou, com adequada supervisão, em outros setores da instituição, como no serviço de endoscopia. Os métodos de limpeza, desinfecção e esterilização mantém os mesmos padrões, qualquer que seja o setor da instituição onde sejam realizados. Além disso, uma gestão adequada da lavanderia e rouparia pode ter como resultado uma redução da contaminação das roupas limpas e uma redução dos riscos de infecção para os profissionais, a partir de roupas sujas.

Elementos de Mensuração de PCI.7.1

- ❑ 1. Os métodos de limpeza e esterilização de equipamentos do serviço de esterilização central são adequados ao tipo de equipamento.
- ❑ 2. Os métodos de limpeza, desinfecção e esterilização de equipamentos realizados fora do serviço de esterilização central são adequados ao tipo de equipamento.
- ❑ 3. A gestão da lavanderia e da rouparia é feita de forma a minimizar o risco para os profissionais e para os pacientes.
- ❑ 4. Existe um processo de supervisão coordenada que assegura a utilização dos mesmos métodos de limpeza, desinfecção e esterilização em toda a instituição.

Padrão PCI.7.1.1

Existe uma política e procedimento em vigor, que define o processo para gerenciar suprimentos com prazo de validade vencido e as condições para reutilização de dispositivos descartáveis, quando permitido pela legislação.

Propósito de PCI.7.1.1

A maioria dos materiais (soluções intravenosas, cateteres, suturas e assemelhados) traz a data de validade impressa. Quando a data de validade desses materiais vence, o fabricante não garante a esterilidade, segurança ou estabilidade do item. Alguns materiais contêm uma declaração indicando que o conteúdo é estéril enquanto a embalagem está intacta. A política identifica o processo para assegurar o manejo dos suprimentos com prazo de validade expirado.

Além disso, certos dispositivos descartáveis podem ser reutilizados sob circunstâncias específicas. Existem dois riscos associados à reutilização de dispositivos descartáveis. Existe um risco aumentado de infecção e existe também o risco de que o desempenho do dispositivo possa ser inadequado ou inaceitável após ser reprocessado. Quando dispositivos descartáveis são reutilizados, esse processo é guiado por uma política que está em conformidade com a legislação e inclui a identificação de:

a) Dispositivos e materiais que nunca devem ser reutilizados;

b) O número máximo de vezes que cada dispositivo e material pode ser reutilizado;
c) Os tipos de desgastes, rachaduras e outros sinais que indiquem que o dispositivo não pode ser reutilizado;
d) O processo de limpeza para cada dispositivo, que comece imediatamente após o uso e siga um protocolo claro; e
e) O processo para coleta, análise e uso de dados sobre prevenção e controle de infecção relacionados a dispositivos e materiais reutilizados.

Elementos de Mensuração de PCI.7.1.1

❑ 1. Existe uma política e procedimento que está de acordo com as leis, regulamentos e os padrões da prática profissional, que identifica o processo para gerenciar suprimentos com validade vencida.
❑ 2. Quando dispositivos e materiais descartáveis são reutilizados, a política inclui os itens de a) até e), descritos no propósito do padrão.
❑ 3. A política está implementada.
❑ 4. A política é monitorada.

Padrão PCI.7.2

A instituição reduz o risco de infecções através do descarte adequado dos resíduos.

Propósito de PCI.7.2

As instituições de saúde produzem diariamente uma quantidade considerável de resíduos. Freqüentemente, esses resíduos são ou podem ser infectantes. Por este motivo, o descarte adequado dos resíduos contribui para a redução do risco de infecção na instituição. Esta afirmação se aplica ao descarte de fluidos corporais e materiais contaminados com fluidos corporais, descarte de sangue e hemoderivados, e descarte de resíduos do necrotério e da área de necropsia, quando existentes.

Elementos de Mensuração de PCI.7.2

❑ 1. O descarte de resíduos infecciosos e fluidos corporais é administrado de forma a minimizar os riscos de transmissão. (*ver também* AOP.5.1, propósito)
❑ 2. O manuseio e o descarte de sangue e hemoderivados são administrados de forma a minimizar os riscos de transmissão. (*ver também* AOP.5.1, propósito)
❑ 3. A operação do necrotério e da área de necropsia são gerenciadas de forma a minimizar os riscos de transmissão.

Padrão PCI.7.3

A instituição dispõe de uma política e um procedimento para o descarte de instrumentos cortantes e agulhas.

Propósito de PCI.7.3

O descarte inadequado de instrumentos cortantes e agulhas representa um grande desafio para a segurança dos profissionais. A instituição assegura a existência de uma política implementada que contempla, de forma adequada, todos as etapas do processo, desde o tipo de coletores, passando pela sua utilização e descarte, até a vigilância do processo de descarte.

Elementos de Mensuração de PCI.7.3

❑ 1. Os instrumentos cortantes e as agulhas são recolhidos em coletores específicos e imperfuráveis, que não são reutilizados.
❑ 2. O hospital descarta os instrumentos cortantes e agulhas ou contrata os serviços de entidades que garantam o descarte dos coletores de objetos cortantes em locais específicos para o descarte de resíduos perigosos ou conforme determinado pela legislação.
❑ 3. O descarte de objetos cortantes e agulhas é realizado de acordo com as políticas de prevenção e controle de infecção da instituição.

Padrão PCI.7.4

A instituição reduz o risco de infecções associadas à operação dos serviços de alimentação e dos controles de mecânica e engenharia.

Propósito de PCI.7.4

Os controles de engenharia, como os sistemas de ventilação por pressão positiva, as capelas biológicas dos laboratórios e os termostatos das unidades de refrigeração e dos aquecedores de água utilizados para esterilização da louça e dos equipamentos da cozinha, são exemplos do importante papel desempenhado pelos padrões e controles relacionados ao ambiente, na boa higienização e na redução do risco de infecções na instituição.

Elementos de Mensuração de PCI.7.4

- ❑ 1. A higienização da cozinha, o preparo e o manuseio dos alimentos são apropriados para minimizar o risco de infecção.
- ❑ 2. Controles de engenharia são implementados para minimizar os riscos de infecção em áreas determinadas da instituição.

Prevenção e Controle de Infecções (PCI)

Padrão PCI.7.5

A instituição reduz os riscos de infecção nas suas instalações durante a ocorrência de demolições, construções e reformas.

Propósito de PCI.7.5

Ao planejar a realização de demolições, construções ou reformas, a instituição utiliza critérios de risco relativos ao impacto da reforma ou da nova construção sobre os requisitos de qualidade do ar, prevenção e controle de infecção, requisitos de infra-estrutura, ruído, vibração e procedimentos de emergência.

Elementos de Mensuração de PCI.7.5

- ❑ 1. A instituição utiliza critérios de risco para avaliar o impacto de obras de reforma ou novas construções.
- ❑ 2. O risco e o impacto das reformas ou construções sobre a qualidade do ar e sobre as atividades de prevenção e controle de infecção são avaliados e gerenciados.

Procedimentos de Isolamento

Padrão PCI.8

A instituição disponibiliza precauções de barreira e procedimentos de isolamento para proteger os pacientes, visitantes e profissionais, contra doenças transmissíveis e protege os doentes imunossuprimidos contra infecções às quais são particularmente susceptíveis.

Propósito de PCI.8

A instituição desenvolve políticas e procedimentos que estabelecem os procedimentos de isolamento e barreira para o hospital. Essas políticas e procedimentos baseiam-se no método de transmissão da doença e abrangem pacientes individuais que podem estar infectados ou imunossuprimidos, assim como o afluxo, em grande escala, de pacientes com infecções contagiosas.

Precauções aéreas são necessárias para prevenir a transmissão de agentes infecciosos que podem permanecer no ar, em suspensão, por longos períodos de tempo. O local preferencial para um paciente com infecção aérea é um quarto com pressão negativa. Quando a estrutura predial impede a imediata construção de um quarto com pressão negativa, a instituição pode fazer a recirculação do ar através de um sistema de filtração de partículas aéreas de alta eficiência (HEPA), à razão de pelo menos 12 trocas por hora.

Políticas e procedimentos devem contemplar um plano para gerenciar pacientes com infecções aéreas por curtos períodos de tempo quando quartos com pressão negativa ou sistemas de filtração HEPA não estão disponíveis. Os procedimentos de isolamento também contemplam a proteção para profissionais e visitantes, o ambiente do paciente e a limpeza do quarto do paciente durante a sua permanência e após sua alta.

Elementos de Mensuração de PCI.8

- ❑ 1. Os pacientes com suspeita ou confirmação de doenças contagiosas são isolados de acordo com a política da instituição e com as diretrizes recomendadas.
- ❑ 2. As políticas e procedimentos da instituição contemplam a separação de pacientes com doenças contagiosas de outros pacientes e profissionais que apresentem um maior risco de contágio devido à imunossupressão ou por outras razões.
- ❑ 3. Políticas e procedimentos incluem como gerenciar pacientes com infecções aéreas por curtos períodos de tempo quando quartos com pressão negativa não estão disponíveis.
- ❑ 4. A instituição tem uma estratégia para lidar com um afluxo de pacientes com doenças contagiosas.
- ❑ 5. A instituição disponibiliza e monitora rotineiramente quartos com pressão negativa para pacientes para os quais o isolamento para infecções aéreas é necessário; quando quartos com pressão negativa não estão disponíveis de imediato, podem ser utilizados sistemas de filtração HEPA aprovados.
- ❑ 6. Os profissionais têm formação adequada para o manejo de pacientes com infecções.

Prevenção e Controle de Infecções (PCI)

Técnicas de Barreira e Higiene das Mãos

Padrão PCI.9

Luvas, máscaras, proteções oculares e outros equipamentos de proteção, sabão e desinfetantes estão disponíveis e são corretamente utilizados quando necessário.

Propósito de PCI.9

A higiene das mãos, as técnicas de barreira e a utilização de agentes desinfetantes são ferramentas essenciais à prevenção e controle adequados de infecções. A instituição identifica aquelas situações que exigem a utilização de máscaras, proteções oculares, capote ou luvas, e fornece treinamento sobre o seu uso correto. Sabão, desinfetantes e toalhas ou outros meios de secagem estão disponíveis nas áreas onde a lavagem das mãos e procedimentos de desinfecção são requeridos.

A instituição adota diretrizes para higiene das mãos (uso de diretrizes é pontuado em IPSG.5, EM 2), que estão expostas em áreas apropriadas, e os profissionais são educados para a correta lavagem e desinfecção das mãos ou para procedimentos de desinfecção de superfícies.

Elementos de Mensuração de PCI.9

- ❑ 1. A instituição define as situações que requerem o uso de luvas e/ou máscaras ou proteção ocular.
- ❑ 2. As luvas e/ou máscaras ou proteção ocular são corretamente utilizadas nessas situações.
- ❑ 3. A instituição define as situações que requerem a lavagem e a desinfecção das mãos, ou a utilização de procedimentos de desinfecção de superfícies.
- ❑ 4. Os procedimentos de lavagem e desinfecção das mãos são corretamente utilizados nessas áreas.
- ❑ 5. A instituição adotou diretrizes para a higiene das mãos, de organismos considerados autoridades nesta matéria.

Integração do Programa com a Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente

Padrão PCI.10

O processo de prevenção e controle de infecção está integrado ao programa geral da instituição para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Padrão PCI.10.1

A instituição rastreia os riscos de infecção, as taxas de infecção e as tendências, no que se refere às infecções associadas aos cuidados de saúde.

Padrão PCI.10.2

A melhoria da qualidade inclui a utilização de medidas relacionadas com problemas de infecções de importância epidemiológica para a instituição.

Padrão PCI.10.3

A instituição utiliza as informações sobre riscos, taxas e tendências para desenhar ou modificar processos no intuito de reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde, para os níveis mais baixos possíveis.

Padrão PCI.10.4

A instituição compara as suas taxas de infecção associada aos cuidados de saúde com as de outras instituições, através de bases de dados comparativas.

Padrão PCI.10.5

Os resultados da mensuração da prevenção e controle de infecção na instituição são regularmente comunicados aos líderes e profissionais.

Padrão PCI.10.6

A instituição comunica as informações sobre infecções aos órgãos externos de saúde pública apropriados.

Propósito de PCI.10 a PCI.10.6

O processo de prevenção e controle de infecção é concebido para reduzir o risco de infecção para pacientes, profissionais e outros. Para alcançar este objetivo, a instituição precisa monitorar e rastrear de forma pró-ativa os riscos, taxas e tendências de infecções associadas aos cuidados de saúde. A instituição utiliza informações resultantes das mensurações realizadas, para melhorar as atividades de prevenção e controle de infecções e para reduzir as taxas de infecções associadas aos cuidados de saúde para os níveis mais baixos possíveis. A instituição pode utilizar, da melhor forma possível, os dados e as informações resultantes das mensurações realizadas, ao conhecer taxas e tendências similares de outras instituições similares, e ao contribuir com dados para bases de dados sobre infecções.

Elementos de Mensuração de PCI.10

- ❑ 1. As atividades de prevenção e controle de infecção são integradas ao programa institucional de melhoria da qualidade e segurança do paciente. (*ver também* QPS.1.1, EM 4)
- ❑ 2. A liderança do programa de prevenção e controle de infecção está incluída no mecanismo institucional de supervisão do programa de qualidade e segurança do paciente.

Elementos de Mensuração de PCI.10.1

- ❑ 1. Os riscos de infecção associada aos cuidados de saúde são rastreados.
- ❑ 2. As taxas de infecção associada aos cuidados de saúde são rastreadas.
- ❑ 3. As tendências de infecção associada aos cuidados de saúde são rastreadas.

Elementos de Mensuração de PCI.10.2

- ❑ 1. As atividades de prevenção e controle de infecção são medidos.
- ❑ 2. As medidas identificam as infecções epidemiologicamente importantes.

Elementos de Mensuração de PCI.10.3

- ❑ 1. Os processos são redesenhados com base nos dados e informações sobre riscos, taxas e tendências.
- ❑ 2. Os processos são redesenhados para reduzir os riscos de infecção para os níveis mais baixos possíveis.

Elementos de Mensuração de PCI.10.4

- ❑ 1. As taxas de infecção associada aos cuidados de saúde são comparadas com as taxas de outras instituições, através de bases de dados comparativas. (*ver também* QPS.4.2, EM 2; e MCI.20.2, EM 3)
- ❑ 2. A instituição compara as suas taxas com as melhores práticas e evidências científicas.

Elementos de Mensuração de PCI.10.5

- ❑ 1. Os resultados da mensuração são comunicados ao corpo médico.
- ❑ 2. Os resultados da mensuração são comunicados ao corpo de enfermagem.
- ❑ 3. Os resultados da mensuração são comunicados à administração da instituição.

Elementos de Mensuração de PCI.10.6

- ❑ 1. Os resultados do programa de prevenção e controle de infecção são relatados aos órgãos de saúde pública, conforme requerido. (*ver também* MCI.20.1, ME 2)
- ❑ 2. A instituição implementa medidas adequadas com base nos relatórios dos órgãos de saúde pública.

Educação dos Profissionais sobre o Programa

Padrão PCI.11

A instituição fornece educação sobre práticas de prevenção e controle de infecção aos profissionais, médicos, pacientes e aos familiares e a outros prestadores de cuidado, quando indicado por seu envolvimento no cuidado.

Propósito de PCI.11

Para que uma instituição tenha um programa efetivo de prevenção e controle de infecção, precisa educar os profissionais sobre o programa, no início de suas atividades na instituição e, depois disso, de uma forma regular. O programa de educação inclui os profissionais, o pessoal de apoio às atividades clínicas e administrativas, e até mesmo os pacientes e as famílias, incluindo fornecedores e outros visitantes. Os pacientes e as famílias são incentivados a participar na implementação e na utilização de práticas de prevenção e controle de infecção na instituição.

A educação é dada como parte da orientação dos novos profissionais e é realizada novamente de forma periódica, ou pelo menos quando ocorre uma mudança nas políticas, procedimentos e práticas que dão suporte ao programa de prevenção e controle de infecção da instituição. A educação inclui também os achados e tendências identificadas nas atividades de mensuração. (*ver também* SQE.7)

Elementos de Mensuração de PCI.11

- ❑ 1. A instituição desenvolve um programa de prevenção e controle de infecção que inclui todos os profissionais, pacientes e familiares.
- ❑ 2. A instituição fornece educação sobre prevenção e controle de infecção a todos os profissionais.
- ❑ 3. A instituição fornece educação sobre prevenção e controle de infecção aos pacientes e familiares.
- ❑ 4. Todos os profissionais são educados sobre as políticas, procedimentos e práticas do programa de prevenção e controle de infecção. (*ver também* SQE.7; e GLD.5.4)
- ❑ 5. A educação periódica dos profissionais é feita em resposta às tendências significativas relativas aos dados sobre infecção.

Governo, Liderança e Direção (GLD)

Apresentação

Fornecer cuidado ao paciente com excelência requer liderança efetiva. A liderança provém de muitas fontes em uma instituição de saúde, incluindo os líderes do governo, líderes, e outros que ocupam cargos de liderança, responsabilidade e confiança. Cada instituição deve identificar esses profissionais e envolvê-los, para garantir que a instituição seja um recurso efetivo e eficiente para a comunidade e seus pacientes.

Em especial, esses líderes devem identificar a missão da instituição e garantir que os recursos necessários para cumprir essa missão estejam disponíveis. Para muitas instituições, isso não significa acrescentar novos recursos, mas utilizar os recursos existentes de maneira mais eficiente, mesmo quando são escassos. Da mesma forma, os líderes devem trabalhar bem em equipe para coordenar e integrar todas as atividades da instituição, inclusive aquelas projetadas para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente e dos serviços clínicos.

A liderança efetiva começa com a compreensão das várias responsabilidades e da autoridade dos profissionais na instituição e da forma como esses profissionais trabalham em equipe. Aqueles que governam, administram e lideram uma instituição têm tanto autoridade quanto responsabilidade. Eles são responsáveis, individual ou coletivamente, pelo cumprimento das leis e regulamentos e pela resposta da instituição às suas responsabilidades perante a população de pacientes atendidos.

Ao longo do tempo, a liderança efetiva ajuda a superar barreiras e problemas de comunicação entre os departamentos e serviços, e a instituição se torna mais eficiente e efetiva. Os serviços tornam-se cada vez mais integrados. Em especial, a integração de todas as atividades de gerenciamento e melhoria da qualidade da instituição acarreta melhores resultados para o paciente.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: “Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração”.

Governo da Instituição

GLD.1 As responsabilidades e a prestação de contas do governo estão descritas em estatutos, políticas e procedimentos ou outros documentos similares, que orientam sua execução.

GLD.1.1 Os responsáveis pelo governo aprovam e tornam pública a declaração da missão da instituição.

GLD.1.2 Os responsáveis pelo governo aprovam as políticas e os planos para a operação da instituição.

GLD.1.3 Os responsáveis pelo governo aprovam o orçamento e alocam os recursos necessários para cumprir a missão da instituição.

GLD.1.4 Os responsáveis pelo governo nomeiam o(s) dirigente(s) sênior(es) ou diretor(es).

GLD.1.5 Os responsáveis pelo governo aprovam o plano institucional de qualidade e segurança do paciente e recebem e atuam regularmente sobre os relatórios desse programa.

Liderança da Instituição

GLD.2 Um administrador sênior ou diretor é responsável pela operação da instituição e pelo cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis.

GLD.3 Os líderes da instituição estão identificados e são coletivamente responsáveis por definir a missão da instituição e por elaborar os planos e políticas necessários ao cumprimento da missão.

GLD.3.1 Os líderes da instituição planejam com líderes comunitários e líderes de outras instituições, para atender às necessidades de cuidados de saúde da comunidade.

GLD.3.2 Os líderes identificam e planejam os tipos de serviços clínicos necessários para atender às necessidades dos pacientes atendidos pela instituição.

GLD.3.2.1 A instituição utiliza equipamentos, suprimentos e medicamentos recomendados por organizações profissionais ou outras fontes de autoridade.

GLD.3.3 Os líderes são responsáveis pelos contratos referentes aos serviços clínicos ou administrativos.

GLD.3.3.1 Os contratos e outros acordos são monitorados como parte do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

GLD.3.3.2 Os profissionais independentes, não empregados pela instituição, têm as credenciais certas para os serviços prestados aos pacientes da instituição.

GLD.3.4 Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes são educados nos conceitos de melhoria de qualidade.

GLD.3.5 Os líderes da instituição asseguram a existência de programas uniformes para o recrutamento, manutenção, desenvolvimento e educação continuada de todos os profissionais.

GLD.4 Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes de serviços clínicos planejam e implementam uma estrutura organizacional efetiva para dar suporte às suas responsabilidades e autoridade.

Direção dos Departamentos e Serviços

GLD.5 Um ou mais profissionais qualificados dirige cada departamento ou serviço da instituição.

GLD.5.1 Os dirigentes de cada departamento clínico definem, por escrito, os serviços a serem prestados por cada departamento.

GLD.5.1.1 Os serviços são coordenados e integrados no âmbito de cada departamento ou serviço e com outros departamentos e serviços.

GLD.5.2 Os diretores recomendam o espaço físico, equipamentos, profissionais e outros recursos necessários ao departamento ou serviço.

GLD.5.3 Os diretores recomendam critérios para selecionar os profissionais necessários ao departamento ou serviço e escolhem ou recomendam os indivíduos que atendem a esses critérios.

GLD.5.4 Os diretores fornecem orientação e treinamento para todos os profissionais, em relação aos deveres e responsabilidades no departamento ou serviço para o qual foram designados.

GLD.5.5 Os diretores avaliam o desempenho do departamento ou serviço assim como o desempenho dos profissionais.

Ética Institucional

GLD.6 A instituição estabelece um arcabouço para o gerenciamento de questões éticas, que garante que o cuidado ao paciente seja prestado dentro das normas empresariais, financeiras, éticas e legais e que protege os pacientes e seus direitos.

GLD.6.1 O arcabouço institucional para o gerenciamento ético inclui os processos de marketing, admissões, transferência e alta e de divulgação de propriedade e quaisquer conflitos de interesse empresarial e profissional que possam entrar em choque com os interesses dos pacientes.

Padrão GLD.6.2 O arcabouço institucional para o gerenciamento ético dá suporte às decisões éticas nos processos de cuidado e nos serviços não clínicos.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Governo da Instituição

Padrão GLD.1

As responsabilidades e a prestação de contas do governo estão descritas em estatutos, políticas e procedimentos ou outros documentos similares, que orientam sua execução.

Propósito de GLD.1

Existe uma entidade (por exemplo, um Ministério da Saúde), proprietário(s), ou grupo de indivíduos identificados (por exemplo, uma junta ou organismo administrativo) responsável pela supervisão da operação da instituição e pela prestação de contas relativas à oferta de serviços de assistência à saúde com qualidade para sua comunidade ou para a população que procura seus serviços. As responsabilidades e a prestação de contas desta entidade estão descritas em um documento que define sua execução. A forma como a entidade de governo e o desempenho dos administradores da instituição serão avaliados, com base em critérios específicos para a instituição, também estão descritos.

A estrutura de governo e administração da instituição está representada ou exposta em um quadro funcional, ou outro documento que apresente as linhas de autoridade e de prestação de contas. Os indivíduos representados no quadro funcional são identificados pelo título ou pelo nome.

Elementos de Mensuração de GLD.1

- ❑ 1. A estrutura de governo da instituição está representada em documentos escritos e os responsáveis pelo governo e administração são identificados pelo titulo ou nome.
- ❑ 2. As responsabilidades e a prestação de contas do governo estão descritas nos documentos.
- ❑ 3. Os documentos descrevem como o desempenho da entidade de governo e dos administradores será avaliado, e todos os critérios relacionados.
- ❑ 4. Existe uma avaliação anual documentada sobre o desempenho do governo.

Padrão GLD.1.1

Os responsáveis pelo governo aprovam e tornam pública a declaração da missão da instituição.

Padrão GLD.1.2

Os responsáveis pelo governo aprovam as políticas e os planos para a operação da instituição.

Padrão GLD.1.3

Os responsáveis pelo governo aprovam o orçamento e alocam os recursos necessários para cumprir a missão da instituição.

Padrão GLD 1.4

Os responsáveis pelo governo nomeiam o(s) dirigente(s) sênior(es) ou diretor(es).

Padrão GLD.1.5

Os responsáveis pelo governo aprovam o plano institucional de qualidade e segurança do paciente e recebem e atuam regularmente sobre os relatórios desse programa.

Propósito de GLD.1.1 a GLD.1.5

Os títulos ou a localização da estrutura de governo não são importantes. Importantes são as responsabilidades que devem ser executadas para que a instituição tenha uma liderança clara, uma operação eficiente e uma oferta de serviços de saúde com qualidade. Essas responsabilidades estão essencialmente no nível de aprovação e incluem o seguinte:

- aprovação da missão da instituição *(ver também* ACC.1, EM 2);
- aprovação (ou definição da autoridade para aprovação, quando delegada) dos diversos planos estratégicos e gerenciais, assim como das políticas e procedimentos necessários para a operação diária da instituição;
- aprovação da participação da instituição na educação dos profissionais de saúde e em pesquisas, assim como supervisão da qualidade desses programas;
- aprovação ou disponibilização de orçamento e de recursos para operar a instituição; e
- nomeação ou aprovação do(s) dirigente(s) sênior(es) ou diretor.

Identificar os profissionais em um simples quadro funcional não garante uma boa comunicação e cooperação entre aqueles que governam e os que administram a instituição. Isto é particularmente verdadeiro quando a estrutura de governo está fora da instituição, como no caso de um proprietário distante ou uma autoridade de saúde regional ou nacional. Assim, os responsáveis pelo governo desenvolvem um processo de comunicação e cooperação com os administradores da instituição, para cumprir a missão e os planos da instituição.

Elementos de Mensuração de GLD.1.1

- ❑ 1. Os responsáveis pelo governo aprovam a missão da instituição.
- ❑ 2. Os responsáveis pelo governo garantem a revisão periódica da missão da instituição.
- ❑ 3. Os responsáveis pelo governo tornam pública a missão da instituição.

Elementos de Mensuração de GLD.1.2

- ❑ 1. Os responsáveis pelo governo aprovam o plano estratégico, o plano diretor e as políticas e procedimentos operacionais.
- ❑ 2. Quando há delegação de autoridade para aprovação, a mesma está definida nas políticas e procedimentos do governo.
- ❑ 3. Os responsáveis pelo governo aprovam as estratégias e programas relativos à educação dos profissionais de saúde e à pesquisa e fornecem supervisão da qualidade desses programas.

Elementos de Mensuração de GLD.1.3

- ❑ 1. Os responsáveis pelo governo aprovam o(s) orçamento(s) capital e operacional da instituição.
- ❑ 2. Os responsáveis pelo governo alocam os recursos necessários ao cumprimento da missão da instituição.

Elementos de Mensuração de GLD.1.4

- ❑ 1. Os responsáveis pelo governo nomeiam o dirigente sênior.
- ❑ 2. Os responsáveis pelo governo avaliam o desempenho do dirigente sênior da instituição.
- ❑ 3. A avaliação da liderança sênior é realizada no mínimo uma vez por ano.

Elementos de Mensuração de GLD.1.5

- ❑ 1. Os responsáveis pelo governo aprovam o plano institucional de qualidade e segurança do paciente. (*ver também* QPS.1, propósito)
- ❑ 2. Os responsáveis pelo governo recebem regularmente relatórios do programa de qualidade e segurança do paciente e atuam sobre os mesmos. *(ver também* QPS.1.4, EM 2)

Liderança da Instituição

Padrão GLD.2

Um administrador sênior ou diretor é responsável pela operação da instituição e pelo cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis.

Propósito de GLD.2

Para que uma instituição de saúde possa funcionar de forma eficiente e cumprir sua missão, é essencial que exista uma liderança eficaz. Liderança é o que os profissionais provêm em conjunto e individualmente na instituição e pode ser executada por qualquer número de profissionais.

O administrador sênior ou diretor é responsável pelas operações do dia-a-dia da instituição. Isto inclui a aquisição e o inventário de suprimentos essenciais, manutenção da estrutura física, administração financeira, gerenciamento de qualidade e outras responsabilidades. A formação e experiência desse profissional estão de acordo com os requisitos contidos na descrição do seu cargo. O administrador sênior ou diretor coopera com os líderes da instituição para definir a missão e planejar as políticas, procedimentos e serviços clínicos relacionados àquela missão. O administrador sênior ou diretor tem a responsabilidade de implementar todas as políticas aprovadas pelo governo e assegurar seu cumprimento por parte dos profissionais.

O administrador sênior ou diretor da instituição é responsável por assegurar:

- conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis;
- resposta a quaisquer relatórios de agências reguladoras e de inspeção;
- processos para administrar e controlar os recursos humanos, financeiros e outros recursos.

Elementos de Mensuração de GLD.2

- ❑ 1. A formação e experiência do administrador sênior ou diretor estão de acordo com os requisitos contidos na descrição do seu cargo.
- ❑ 2. O administrador sênior ou diretor gerencia as operações diárias da instituição, incluindo as responsabilidades contidas na descrição do seu cargo.
- ❑ 3. O administrador sênior ou diretor recomenda políticas para o organismo de governo.
- ❑ 4. O administrador sênior ou diretor assegura a conformidade com as políticas aprovadas.
- ❑ 5. O administrador sênior ou diretor garante a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis. (*ver também* ACC.6, EM 1 e 2)
- ❑ 6. O administrador sênior ou diretor responde a quaisquer notificações de agências reguladoras e órgãos de inspeção.

Padrão GLD.3

Os líderes da instituição estão identificados e são coletivamente responsáveis por definir a missão da instituição e por elaborar os planos e políticas necessários ao cumprimento da missão.

Propósito de GLD.3

Os líderes da instituição provêm de muitas fontes. O governo nomeia o administrador sênior ou diretor. O administrador sênior ou diretor pode nomear outros administradores. Os líderes podem ter títulos formais, tais como Diretor Médico ou Diretor de Enfermagem, ou podem ser reconhecidos informalmente por sua experiência, superioridade ou

contribuição para a instituição. É importante que todos os líderes da instituição sejam reconhecidos e envolvidos no processo de definição da missão da instituição. Com base nessa missão, os líderes colaboram com o desenvolvimento dos planos e políticas necessárias ao seu cumprimento. Quando a missão e a estrutura política são definidas pelos proprietários ou por organismos externos à instituição, os líderes trabalham de forma colaborativa para o cumprimento da missão e execução das políticas (*ver também* ACC.1, EMs 2 e 3).

Elementos de Mensuração de GLD.3

- ❑ 1. Os líderes da instituição estão formal ou informalmente identificados.
- ❑ 2. Os líderes são coletivamente responsáveis pela definição da missão da instituição.
- ❑ 3. Os líderes são coletivamente responsáveis pela elaboração das políticas e procedimentos necessários ao cumprimento da missão.
- ❑ 4. Os líderes atuam de forma colaborativa para cumprir a missão e garantir que as políticas e os procedimentos sejam seguidos.

Padrão GLD.3.1

Os líderes da instituição planejam com líderes comunitários e líderes de outras instituições, para atender às necessidades de cuidados de saúde da comunidade.

Propósito de GLD.3.1

A missão da instituição reflete comumente as necessidades da população de sua comunidade. Da mesma forma, as instituições de referência e as especializadas fundamentam sua missão nas necessidades dos pacientes dentro de áreas geográficas ou políticas maiores.

As necessidades de pacientes e comunidades costumam mudar ao longo do tempo e, portanto, as instituições de saúde precisam engajar suas comunidades no seu planejamento estratégico e operacional. As instituições fazem isso colhendo opiniões ou subsídios de indivíduos ou grupos, através de conselhos consultivos ou forças-tarefa, por exemplo.

Portanto, é importante que os líderes da instituição de saúde se reúnam e planejem com os líderes comunitários reconhecidos e com os líderes de outras instituições de saúde na comunidade (tais como clínicas, farmácias, serviços de ambulância e outros). Os líderes fazem planos para tornar a comunidade mais saudável e reconhecem que têm responsabilidade e que têm um impacto sobre a comunidade, mesmo na ausência desse planejamento (*ver também* MCI.1.1, EM 3).

Elementos de Mensuração de GLD.3.1

- ❑ 1. Os líderes da instituição se reúnem com os líderes reconhecidos na comunidade, para planejar e revisar os planos estratégicos e operacionais para tratar das necessidades da comunidade.
- ❑ 2. Os líderes da instituição planejam com os líderes de outras instituições de saúde em sua comunidade. (*ver também* PFE.3, EMs 2 e 3)
- ❑ 3. Os líderes da instituição buscam subsídios dos indivíduos e grupos de representação da sua comunidade como parte de seu planejamento estratégico e operacional.
- ❑ 4. A instituição participa na educação da comunidade sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Padrão GLD.3.2

Os líderes identificam e planejam os tipos de serviços clínicos necessários para atender às necessidades dos pacientes atendidos pela instituição.

Propósito de GLD.3.2

Os serviços de cuidado ao paciente são planejados e projetados de forma a responder às necessidades da população. Os planos institucionais descrevem os cuidados e serviços a serem prestados de acordo com sua missão. Os líderes dos diversos departamentos e serviços clínicos da instituição determinam os serviços diagnósticos, terapêuticos, de reabilitação e outros serviços que são essenciais para a comunidade. Os líderes também determinam o escopo e o volume dos vários serviços a serem prestados direta ou indiretamente pela instituição.

Os serviços planejados refletem a direção estratégica da instituição e a perspectiva dos pacientes por ela atendidos. Quando a instituição utiliza tecnologia ou agentes farmacêuticos considerados "experimentais" (isto é, tecnologia ou agentes considerados "experimentais" em âmbito nacional ou internacional), existe um processo de análise e aprovação desse uso. É essencial que tal aprovação se dê antes do seu uso no cuidado ao paciente. A instituição também determina se é necessário um consentimento especial do paciente.

Elementos de Mensuração de GLD.3.2

- ❑ 1. Os planos da instituição descrevem o cuidado e os serviços a serem prestados.
- ❑ 2. O cuidado e os serviços a serem prestados estão de acordo com a missão da instituição.
  (*ver também* ACC.1, EM 2)
- ❑ 3. Os líderes determinam o tipo de cuidado e serviços a serem prestados pela instituição.
- ❑ 4. Os líderes têm um processo para analisar e aprovar procedimentos, tecnologias e agentes farmacêuticos considerados experimentais, antes do seu uso no cuidado ao paciente.

Padrão GLD.3.2.1

A instituição utiliza equipamentos, suprimentos e medicamentos recomendados por organizações profissionais ou outras fontes de autoridade.

Propósito de GLD.3.2.1

Os riscos encontrados nos processos clínicos são significativamente reduzidos quando equipamentos apropriados e em bom funcionamento são utilizados para os serviços planejados. Isto assume importância maior quando se trata de áreas clínicas, tais como anestesia, radiologia e diagnóstico por imagem, cardiologia, radioterapia oncológica e outros serviços de alto risco porventura prestados. Suprimentos e medicamentos adequados também estão disponíveis e são apropriados para o uso planejado e para situações de emergência. Cada instituição conhece os equipamentos, suprimentos e medicamentos necessários para prestar os serviços planejados à sua população de pacientes. As recomendações sobre equipamentos, suprimentos e medicamentos podem emanar de uma agência governamental, de organizações profissionais de anestesia, nacionais ou internacionais, ou de outras fontes de autoridade.

Elementos de Mensuração de GLD.3.2.1

- ❑ 1. A instituição se baseia nas recomendações das organizações profissionais e outras fontes de autoridade para determinar os equipamentos e suprimentos que serão necessários para prestar os serviços planejados.
  (*ver também* MMU.2.2, EM 1)
- ❑ 2. Os equipamentos, suprimentos e medicamentos recomendados são obtidos.
  (*ver também* MMU.2.2, EM 2)
- ❑ 3. Os equipamentos, suprimentos e medicamentos recomendados são utilizados.
  (*ver também* ASC.3, propósito, e ASC.3, EM 1)

Padrão GLD.3.3

Os líderes são responsáveis pelos contratos referentes aos serviços clínicos ou administrativos.

Propósito de GLD.3.3

Muitas vezes as instituições têm a opção de fornecer serviços clínicos e administrativos de forma direta ou indireta, através de referência, consultoria ou por contrato ou outros acordos. Tais serviços podem variar desde serviços de radiologia e diagnóstico por imagem até serviços de contabilidade financeira e serviços de governança, alimentação ou lavanderia. Os líderes da instituição descrevem, por escrito, a natureza e escopo dos serviços prestados sob acordos contratuais.

Em todos os casos, a liderança é responsável pelos contratos ou outros acordos, de modo a garantir que os serviços oferecidos atendam às necessidades dos pacientes e sejam monitorados, como parte das atividades de gerenciamento e melhoria da qualidade da instituição. Os líderes clínicos participam da seleção dos contratos clínicos e são responsáveis pelos mesmos. Os líderes administrativos participam da seleção dos contratos administrativos e são responsáveis pelos mesmos.

Elementos de Mensuração de GLD.3.3

- ❑ 1. Existe um processo relativo à responsabilidade da liderança pelos contratos. (*ver também* AOP.5.8, EM.6; AOP.6.7, EM.6; AOP.6.9; e ASC.2, EM.5)
- ❑ 2. A instituição tem uma descrição escrita sobre a natureza e escopo dos serviços prestados sob acordos contratuais.
- ❑ 3. Os serviços prestados por contrato ou outros acordos atendem às necessidades dos pacientes. (*ver também* AOP.5.8, EM 6; e AOP.6.7, EM 6)
- ❑ 4. Os líderes clínicos participam da seleção dos contratos clínicos e são responsáveis pelos mesmos. (*ver também* AOP.5.8, EM 5; e AOP.6.7, EM 5)
- ❑ 5. Os líderes administrativos participam da seleção dos contratos administrativos e são responsáveis pelos mesmos.
- ❑ 6. Quando os contratos são renegociados ou terminados, a instituição mantém a continuidade dos serviços prestados aos pacientes.

Padrão GLD.3.3.1

Os contratos e outros acordos são monitorados como parte do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Propósito de GLD.3.3.1

A qualidade e segurança do cuidado ao paciente requerem a avaliação de todos os serviços prestados pela instituição ou fornecidos através de contratos. Assim, a instituição precisa receber, analisar e por em prática ações relacionadas à qualidade da informação de fontes externas. O contrato com fontes externas de serviços inclui expectativas quanto à qualidade e segurança do paciente e os dados a serem fornecidos à instituição, bem como sua freqüência e formato. Os líderes departamentais recebem e atuam sobre os relatórios de qualidade das agencias contratadas e asseguram a integração dos relatórios ao processo de mensuração da qualidade institucional, quando apropriado. (*ver também* ACC.4.1, EM 2, e ACC.5, EMs 4 e 6)

Elementos de Mensuração de GLD.3.3.1

- ❑ 1. Contratos e outros acordos são avaliados, em relação à natureza do contrato, como parte do programa institucional de melhoria da qualidade e segurança do paciente. (*ver também* AOP.5.8, EM 6)
- ❑ 2. Os líderes clínicos e administrativos pertinentes colaboram com o programa de melhoria de qualidade, na análise das informações relacionadas à qualidade e segurança dos contratos externos. (*ver também* AOP.5.8, EM 5)
- ❑ 3. Quando serviços contratados não atendem às expectativas de qualidade e segurança, a instituição toma providências.

Padrão GLD.3.3.2

Os profissionais independentes, não empregados pela instituição, têm as credenciais certas para os serviços prestados aos pacientes da instituição.

Propósito de GLD.3.3.2

As instituições podem estabelecer acordos ou contratos referentes a serviços de médicos, dentistas e outros profissionais de prática independente externos à instituição, para prestação de serviços na instituição. Em alguns casos, esses indivíduos podem estar localizados até mesmo fora da região ou do país da instituição. Os serviços prestados podem incluir telemedicina ou telerradiologia. Se os serviços prestados forem determinantes da escolha do cuidado ou do curso do cuidado para o paciente, o prestador deve ser incluído no processo de credenciamento e outorga de privilégios pela instituição.

Elementos de Mensuração de GLD.3.3.2

- ❑ 1. Os líderes institucionais determinam quais serviços serão prestados por profissionais de prática independente externos à instituição.
- ❑ 2. Todos os serviços diagnósticos, pareceres e tratamentos fornecidos por profissionais de prática independente externos à instituição, tais como telemedicina, telerradiologia, interpretações de outros testes diagnósticos, como eletrocardiograma (ECG), eletroencefalograma (EEG), eletromiografia (EMG) e outros, são credenciados pela instituição através da outorga de privilégios para prestar esses serviços. (*ver também* SQE.9 e SQE.10)
- ❑ 3. Os profissionais de prática independente, que prestam cuidado aos pacientes dentro da instituição, mas não são empregados ou membros do corpo clínico, são credenciados e tem os privilégios requeridos em SQE.9 até SQE.10.
- ❑ 4. A instituição monitora a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de prática independente externos à instituição, como parte do programa de melhoria de qualidade.

Padrão GLD.3.4

Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes são educados nos conceitos de melhoria de qualidade.

Propósito de GLD.3.4

O propósito principal de uma instituição é prestar cuidado ao paciente e trabalhar para melhorar os resultados desse cuidado ao longo do tempo, aplicando princípios de melhoria de qualidade. Assim, os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes clínicos institucionais precisam:

- ser educados ou estar familiarizados com os conceitos e métodos de melhoria de qualidade;
- participar pessoalmente dos processos de melhoria da qualidade e segurança do paciente; e
- garantir que a melhoria de qualidade da prática clínica inclua oportunidades para medir o desempenho profissional. (*ver também* QPS.4)

Elementos de Mensuração de GLD.3.4

- ❑ 1. Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes têm formação ou estão familiarizados com os conceitos e métodos de melhoria de qualidade.
- ❑ 2. Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes participam dos processos relevantes de melhoria da qualidade e segurança do paciente. (*ver também* QPS.1.1, EM 1 e 4, e QPS.4, EM.4)
- ❑ 3. O desempenho profissional é medido como parte da melhoria de desempenho clínico. (*ver também* SQE.11, SQE.14 e SQE.17)

Padrão GLD.3.5

Os líderes da instituição asseguram a existência de programas uniformes para o recrutamento, manutenção, desenvolvimento e educação continuada de todos os profissionais.

Propósito de GLD.3.5

A capacidade da instituição de cuidar dos pacientes está diretamente relacionada com sua habilidade em atrair e manter profissionais qualificados e competentes. Os líderes reconhecem que a manutenção dos profissionais proporciona maiores benefícios em longo prazo do que o recrutamento de novos profissionais. A manutenção aumenta quando os líderes apóiam a progressão do corpo profissional através da educação continuada. Assim, os líderes colaboram para planejar e implementar programas e processos uniformes relacionados ao recrutamento, manutenção, desenvolvimento e educação continuada para cada categoria de profissionais. O programa de recrutamento da instituição leva em consideração diretrizes publicadas, tais como as da Organização Mundial de Saúde, Conselho Internacional dos Enfermeiros e Associação Médica Mundial.

Elementos de Mensuração de GLD.3.5

- ❑ 1. Existe um processo planejado para o recrutamento de profissionais. (*ver também* SQE.2, EM 1)
- ❑ 2. Existe um processo planejado para a manutenção de profissionais.
- ❑ 3. Existe um processo planejado para o desenvolvimento pessoal e educação continuada dos profissionais. (*ver também* SQE.8)
- ❑ 4. O planejamento é colaborativo e inclui todos os departamentos e serviços da instituição.

Padrão GLD.4

Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes de serviços clínicos planejam e implementam uma estrutura organizacional efetiva para dar suporte às suas responsabilidades e autoridade.

Propósito de GLD.4

Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes de serviços clínicos têm uma responsabilidade especial para com os pacientes e para com a instituição. Esses líderes:

- apóiam a boa comunicação entre profissionais;
- planejam e desenvolvem, em conjunto, as políticas que orientam a prestação de serviços clínicos;
- zelam por uma prática ética de suas profissões; e
- supervisionam a qualidade do cuidado ao paciente.

Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes de serviços clínicos criam uma estrutura organizacional adequada e eficaz para o cumprimento dessas responsabilidades. A estrutura organizacional e os processos associados utilizados para cumprir essas responsabilidades podem ter um corpo clínico único composto por médicos, enfermeiros e outros profissionais ou separar as estruturas dos corpos médico e de enfermagem. A estrutura adotada pode ser altamente organizada com estatutos, regras e regulamentos ou pode ser informalmente organizada. Em geral, a(s) estrutura(s) adotada(s):

- inclui todos os profissionais clínicos pertinentes;

- está de acordo com a natureza jurídica, a missão e a estrutura da instituição;
- é adequada à complexidade da instituição e ao tamanho do corpo profissional; e
- é eficaz para o cumprimento das responsabilidades acima relacionadas.

Elementos de Mensuração de GLD.4

- ❑ 1. Existe uma estrutura(s) organizacional efetiva utilizada pelos líderes médicos, de enfermagem e outros líderes para o cumprimento de suas responsabilidades e autoridade.
- ❑ 2. A estrutura(s) é adequada ao tamanho e complexidade da instituição.
- ❑ 3. A estrutura(s) e os processos organizacionais dão suporte à comunicação entre os profissionais.
- ❑ 4. A estrutura(s) e os processos organizacionais dão suporte ao planejamento clínico e ao desenvolvimento de políticas.
- ❑ 5. A estrutura(s) e os processos organizacionais dão suporte à supervisão das questões éticas profissionais.
- ❑ 6. A estrutura(s) e os processos organizacionais dão suporte à supervisão da qualidade dos serviços clínicos.

Direção dos Departamentos e Serviços

Padrão GLD.5

Um ou mais profissionais qualificados dirige cada departamento ou serviço da instituição.

Propósito de GLD.5

A assistência clínica, os resultados para o paciente e a administração geral de uma instituição de saúde são bons quando as atividades clínicas e administrativas desenvolvidas em cada departamento ou serviço também o são. O bom desempenho do serviço ou departamento requer a liderança clara de um indivíduo qualificado. Em departamentos ou serviços maiores, as lideranças podem ser separadas. Nesse caso, as responsabilidades de cada função estão definidas por escrito. (*ver também* ACC.6.1, EM 1; ASC.2, EM.2; AOP.5.9 relacionados à direção dos serviços de laboratórios clínicos; AOP.6.7 relacionado à direção dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem; MMU.1.1 relacionado à direção da farmácia ou serviço farmacêutico; e ASC.2, relacionado à direção dos serviços de anestesia).

Elementos de Mensuração de GLD.5

- ❑ 1. Todos os departamentos ou serviços da instituição estão sob a direção de um indivíduo com treinamento, formação e experiência compatíveis com os serviços prestados.
  (*ver também* AOP.5.8, EM.1; AOP.6.7, EM 1; MMU.1.1, EM 1)
- ❑ 2. Quando mais de um indivíduo assume a responsabilidade pela direção, as responsabilidades de cada um estão definidas por escrito.

Padrão GLD.5.1

Os dirigentes de cada departamento clínico definem, por escrito, os serviços a serem prestados por cada departamento.

Padrão GLD.5.1.1

Os serviços são coordenados e integrados no âmbito de cada departamento ou serviço e com outros departamentos e serviços.

Propósito de GLD.5.1 e GLD. 5.1.1

Os diretores dos departamentos clínicos da instituição colaboram para determinar o formato e conteúdo uniformes para os documentos de planejamento específicos de cada departamento. De forma geral, os documentos preparados por cada departamento clínico definem suas metas e também identificam os serviços existentes e aqueles planejados. As políticas e procedimentos do departamento refletem suas metas e serviços, assim como o conhecimento, habilidades e disponibilidade dos profissionais necessários para avaliar e atender as necessidades de cuidado do paciente.

Os serviços clínicos prestados aos pacientes são coordenados e integrados no âmbito de cada departamento ou serviço. Por exemplo, existe uma integração entre os serviços médicos e de enfermagem. Além disso, cada departamento ou serviço coordena e integra seus serviços com outros departamentos e serviços. A duplicação desnecessária de serviços é evitada ou eliminada de modo a preservar os recursos.

Elementos de Mensuração de GLD.5.1

- ❑ 1. Os diretores dos departamentos ou serviços selecionaram e utilizam um formato e conteúdo uniformes para os documentos de planejamento.
- ❑ 2. Os documentos dos departamentos ou serviços descrevem os serviços existentes e aqueles planejados para serem prestados por cada departamento ou serviço.
- ❑ 3. As políticas e procedimentos de todos os departamentos ou serviços orientam a prestação dos serviços definidos.
- ❑ 4. As políticas e procedimentos de todos os departamentos ou serviços contemplam o conhecimento e as habilidades necessárias aos profissionais para avaliar e atender as necessidades dos pacientes.

Elementos de Mensuração de GLD.5.1.1

- ❑ 1. Os serviços prestados no âmbito de cada departamento ou serviço são coordenados e integrados.
- ❑ 2. Os serviços são coordenados e integrados com outros departamentos e serviços.

Padrão GLD.5.2

Os diretores recomendam o espaço físico, equipamentos, profissionais e outros recursos necessários ao departamento ou serviço.

Propósito de GLD.5.2

Cada líder de departamento comunica aos dirigentes seniores suas necessidades relativas aos recursos humanos e outros recursos. Isto ajuda a garantir que profissionais adequados, espaço físico, equipamentos e outros recursos estejam disponíveis para atender às necessidades dos pacientes, sempre que necessário. Embora os diretores façam essas recomendações quanto aos recursos humanos e outros, essas necessidades algumas vezes mudam ou não são completamente atendidas. Portanto, os diretores precisam ter um processo para responder às insuficiências de pessoal e assegurar a segurança e efetividade do cuidado a todos os pacientes.

Elementos de Mensuração de GLD.5.2

- ❑ 1. Os diretores recomendam o espaço necessário para a prestação dos serviços.
- ❑ 2. Os diretores recomendam os equipamentos necessários para a prestação dos serviços.
- ❑ 3. Os diretores recomendam o número e as qualificações necessárias aos profissionais para a prestação dos serviços. (*ver também* AOP.6.3, EM 5)
- ❑ 4. Os diretores recomendam outros recursos especiais necessários para a prestação dos serviços.
- ❑ 5. Os diretores têm um processo para responder às insuficiências de recursos.

Padrão GLD.5.3

Os diretores recomendam critérios para selecionar os profissionais necessários ao departamento ou serviço e escolhem ou recomendam os indivíduos que atendem a esses critérios.

Propósito de GLD.5.3

Os diretores consideram os serviços prestados e planejados pelo departamento ou serviço e a formação, habilidades, conhecimento e experiência necessários aos profissionais do departamento para prestar esses serviços. Os diretores desenvolvem critérios com base nesses parâmetros e fazem a seleção dos profissionais da instituição. Ou podem ainda trabalhar com o departamento de recursos humanos ou outros departamentos nesse processo de seleção, de acordo com a recomendação do diretor.

Elementos de Mensuração de GLD.5.3

- ❑ 1. O diretor desenvolve critérios relacionados à educação, habilidades, conhecimento e experiência necessários aos profissionais do departamento.
- ❑ 2. O diretor utiliza esses critérios para selecionar ou recomendar os profissionais.

Padrão GLD.5.4

Os diretores fornecem orientação e treinamento para todos os profissionais, em relação aos deveres e responsabilidades no departamento ou serviço para o qual foram designados.

Propósito de GLD.5.4

Os diretores asseguram que todos os profissionais do departamento ou serviço compreendam suas responsabilidades e estabelecem a orientação e o treinamento dos novos funcionários. A orientação inclui a missão da instituição, a missão do departamento ou serviço, o escopo dos serviços prestados e as políticas e procedimentos relacionados à prestação dos serviços. Por exemplo, todos os profissionais conhecem os procedimentos de prevenção e controle de infecção na instituição e no âmbito do departamento ou serviço. Quando políticas e procedimentos novos ou revisados são implementados, os profissionais são treinados. (*ver também* SQE.7; AOP.5.1, EM 5; AOP.6.2, EM 6; e PCI.11, EM 4)

Elementos de Mensuração de GLD.5.4

- ❑ 1. O diretor estabeleceu um programa de orientação escrito para os profissionais do departamento. (*ver também* SQE.7; AOP.5.1, EM 5; e AOP.6.2, EM 6)
- ❑ 2. Todos os profissionais do departamento cumpriram o programa. (*ver também* SQE.7; AOP.5.1, EM 5; e AOP.6.2, EM 6)

Padrão GLD.5.5

Os diretores avaliam o desempenho do departamento ou serviço assim como o desempenho dos profissionais.

Propósito de GLD.5.5

Uma das responsabilidades mais importantes de um diretor de departamento ou serviço é implementar o programa institucional de melhoria de qualidade e segurança do paciente no departamento. A seleção das medidas em nível de serviço ou departamento é influenciada:

a) pelas prioridades da instituição para a medida e melhoria relacionadas ao departamento ou serviço;
b) pela avaliação dos serviços prestados, através de fontes que incluem pesquisas com pacientes e queixas;
c) pela necessidade de conhecer a eficiência e o custo efetividade dos serviços prestados; e
d) pela avaliação dos serviços prestados por acordos contratuais. (*ver também* GLD.3.3)

O diretor é responsável por garantir que as atividades de medição proporcionem oportunidades de avaliação dos profissionais, assim como do processo de cuidado. Assim, o monitoramento inclui, ao longo do tempo, todos os serviços prestados. Os dados e informações resultantes são importantes para os esforços de melhoria dos departamentos e serviços, mas também são importantes para o programa de melhoria de qualidade e segurança do paciente. (*ver também* ASC.2, EM 7)

Elementos de Mensuração de GLD.5.5

- ❑ 1. Os diretores implementam medidas de qualidade que contemplam os serviços prestados nos seus departamentos ou serviços, incluindo os critérios de a) até d) do propósito deste padrão, conforme apropriado ao departamento ou serviço.
- ❑ 2. Os diretores implementam medidas de qualidade relacionadas ao desempenho dos profissionais na execução de suas responsabilidades no departamento ou serviço.
- ❑ 3. Os diretores implementam programas de controle de qualidade quando indicado.

- ☐ 4. Os diretores de departamentos ou serviços recebem os dados e informações necessárias à administração e melhoria dos serviços.
- ☐ 5. As atividades de medição e melhoria da qualidade do departamento ou serviço são informadas periodicamente à estrutura de supervisão da qualidade da instituição.

Ética Institucional

Padrão GLD.6

A instituição estabelece um arcabouço para o gerenciamento de questões éticas, que garante que o cuidado ao paciente seja prestado dentro das normas empresariais, financeiras, éticas e legais e que protege os pacientes e seus direitos.

Padrão GLD.6.1

O arcabouço institucional para o gerenciamento ético inclui os processos de marketing, admissões, transferência e alta e de divulgação de propriedade e quaisquer conflitos de interesse empresarial e profissional que possam entrar em choque com os interesses dos pacientes.

Padrão GLD.6.2

O arcabouço institucional para o gerenciamento ético dá suporte às decisões éticas nos processos de cuidado e nos serviços não clínicos.

Propósito de GLD.6 a GLD.6.2

As instituições de saúde têm uma responsabilidade ética e legal para com seus pacientes e sua comunidade. Os líderes compreendem essas responsabilidades na medida em que se aplicam às atividades clínicas e empresariais da instituição. As ações da instituição relacionadas aos incentivos financeiros devem ser compatíveis com os valores e ética da instituição. Os líderes criam documentos para orientar o estabelecimento de um arcabouço consistente para a execução dessas responsabilidades. Ao criar este arcabouço, os líderes institucionais consideram as normas nacionais e internacionais[2] relacionadas aos direitos humanos e à ética profissional. A instituição opera dentro deste arcabouço, para:

- revelar sua titularidade e quaisquer conflitos de interesse;
- apresentar honestamente seus serviços aos pacientes;
- definir políticas claras de admissão, transferência e alta;
- faturar corretamente seus serviços; e
- dirimir conflitos quando incentivos financeiros e acordos de pagamento possam comprometer o cuidado ao paciente.

O arcabouço também dá suporte aos profissionais e pacientes quando confrontados com dilemas éticos no cuidado ao paciente, tais como decisões relativas à doação e transplante, divergências entre pacientes e seus familiares, e entre pacientes e seus prestadores de cuidados, às decisões relativas ao cuidado e divergências entre profissionais. Este suporte está prontamente disponível.

[2] No contexto da segurança do paciente e da qualidade em saúde, as normas internacionais relacionadas aos direitos humanos e à prática profissional ética são objeto de preocupação crescente. Embora esta preocupação crescente seja mais recente, os documentos internacionais de apoio a essas normas são de longa data e incluem: Declaração Universal de Direitos Humanos (Nações Unidas, 1948); a Convenção de Genebra (12 de Agosto de 1949); a Declaração de Tóquio: Diretrizes para Médicos, Relativa à Tortura e outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanas ou Degradantes em Relação à Detenção e Prisão (Assembléia Médica Mundial 1975); o Juramento de Atenas (Conselho Internacional de Serviços Médicos Prisionais, 1979); e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanas ou Degradantes (Nações Unidas, 1985).

Elementos de Mensuração de GLD.6

- ❑ 1. Os líderes da instituição estabelecem normas éticas e legais que protegem os pacientes e seus direitos. (*ver também* PFR.1, EM 1 e 2)
- ❑ 2. Os líderes estabelecem um arcabouço para o gerenciamento ético da instituição.
- ❑ 3. Ao criar o arcabouço ético da instituição, os líderes consideram as normas nacionais e internacionais.

Elementos de Mensuração de GLD.6.1

- ❑ 1. A instituição revela a sua titularidade. (*ver também* AOP.5.1, EM 5 e AOP.6.1, EM.2)
- ❑ 2. A instituição apresenta de forma honesta os seus serviços aos pacientes.
- ❑ 3. A instituição define políticas claras de admissão, transferência e alta. (*ver também* ACC.1.1, EM 2; ACC.3, EM 1 e ACC.4, EM 1-4)
- ❑ 4. A instituição fatura seus serviços de forma precisa.
- ❑ 5. A instituição revela, avalia e dirime conflitos quando incentivos financeiros e acordos de pagamento comprometem o cuidado ao paciente.

Elementos de Mensuração de GLD.6.2

- ❑ 1. O arcabouço de gerenciamento ético dá suporte àqueles que são confrontados por dilemas éticos relacionados ao cuidado ao paciente.
- ❑ 2. O arcabouço de gerenciamento ético dá suporte àqueles que são confrontados por dilemas éticos não relacionados a serviços clínicos.
- ❑ 3. O apoio está prontamente disponível.
- ❑ 4. O arcabouço ético da instituição estipula a notificação segura de preocupações éticas e legais.

Gerenciamento e Segurança das Instalações (FMS)

Apresentação

As instituições de saúde trabalham para assegurar uma estrutura segura, funcional e assistencial aos pacientes, familiares, profissionais e visitantes. Para atingir essa meta, a estrutura física, equipamentos médicos e outros equipamentos e pessoas devem ser administradas efetivamente. Particularmente, a administração deve empenhar-se em

- reduzir e controlar perigos e riscos;
- prevenir acidentes e lesões; e
- manter condições de segurança.

O gerenciamento efetivo inclui planejamento multidisciplinar, educação e monitoramento, como se segue:

- Os líderes planejam o espaço, equipamentos e recursos necessários para sustentar, de forma segura e efetiva, os serviços clínicos prestados.
- Todos os profissionais são instruídos sobre as instalações, sobre como reduzir os riscos e sobre como monitorar e notificar situações que representem riscos.
- Critérios de desempenho são utilizados para avaliar sistemas importantes e definir as melhorias necessárias.

A instituição desenvolve planos, por escrito, que contemplam as seguintes seis áreas, quando apropriado para a estrutura e para as atividades da instituição:

1. Segurança e Proteção:
   - Segurança – O grau em que os prédios, terrenos e equipamentos da instituição não oferecem perigos ou riscos para os pacientes, profissionais ou visitantes.
   - Proteção – Proteção contra perda, destruição, adulteração, ou acesso ou uso não autorizado.
2. Materiais perigosos – A manipulação, o armazenamento e o uso de materiais radioativos e outros materiais são controlados e resíduos perigosos são descartados de forma segura.
3. Gerenciamento de emergências – A resposta a epidemias, desastres e emergências é planejada e efetiva.
4. Segurança contra incêndio – A propriedade e os ocupantes estão protegidos contra fogo e fumaça.
5. Equipamentos médicos – Os equipamentos são selecionados, mantidos e utilizados de forma a reduzir riscos.
6. Sistemas utilitários – Os sistemas de eletricidade, água e outros sistemas utilitários sofrem manutenção, para minimizar os riscos de falhas de operação.

Quando existem entidades não hospitalares em funcionamento nas instalações da instituição de saúde a ser avaliada (tais como uma cafeteria ou uma loja de presentes), a instituição tem a obrigação de assegurar o cumprimento, por parte dessas entidades independentes, dos seguintes planos de gerenciamento e segurança das instalações:

- Plano de segurança e proteção;
- Plano de gerenciamento de materiais perigosos;
- Plano de gerenciamento de emergências;
- Plano de segurança contra incêndio.

Leis, regulamentos e inspeções realizadas por autoridades locais determinam, em grande parte, como as instalações são projetadas, utilizadas e mantidas. Todas as instituições, independentemente de seu tamanho ou dos recursos disponíveis, devem cumprir essas exigências como parte de suas responsabilidades perante os pacientes, familiares, funcionários e visitantes.

O primeiro passo é o cumprimento das leis e regulamentos. Com o passar do tempo, as instituições se tornam mais experientes com relação aos detalhes da estrutura física que ocupam e, assim, passam a coletar dados e a executar estratégias que visam à redução dos riscos e a otimização do ambiente de cuidado.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: “Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração”.

Liderança e Planejamento

FMS.1 A instituição cumpre as leis e regulamentos pertinentes, e as exigências decorrentes de inspeções das instalações.

FMS.2 A instituição desenvolve e mantém um plano escrito que descreve o processo de gerenciamento de riscos para os pacientes, familiares, visitantes e profissionais.

FMS.3 Um ou mais profissionais qualificados supervisionam o planejamento e a implementação do programa para gerenciar os riscos do ambiente de cuidado.

FMS.3.1 Um programa de monitoramento fornece dados sobre incidentes, danos e outros eventos que apoiem o planejamento e posterior redução dos riscos.

Segurança e Proteção

FMS.4 A instituição planeja e implementa um programa para oferecer um ambiente físico seguro e protegido.

FMS.4.1 A instituição inspeciona todos os prédios onde são prestados cuidados aos pacientes e tem um plano para reduzir riscos evidentes e proporcionar instalações físicas seguras para o paciente, familiares, profissionais e visitantes.

FMS.4.2 A instituição planeja e aloca recursos para o aperfeiçoamento ou substituição dos sistemas, prédios, ou componentes chave, com base na inspeção das instalações e de acordo com as leis e regulamentos.

Materiais Perigosos

FMS.5 A instituição tem um plano para inventariar, manipular, estocar e utilizar materiais perigosos e para controlar e descartar resíduos e outros materiais perigosos.

Preparação para Desastres

FMS.6 A instituição desenvolve e mantém um plano e um programa de gerenciamento de emergências para responder a prováveis emergências, epidemias, desastres naturais ou de outro tipo, na comunidade.

FMS.6.1 A instituição testa sua resposta a emergências, epidemias e desastres.

Segurança contra Incêndio

FMS.7 A instituição planeja e implementa um programa para garantir que todos os ocupantes estejam protegidos contra fogo e fumaça ou outras emergências em suas instalações.

FMS.7.1 O plano inclui a prevenção, detecção rápida, eliminação, redução e evacuação segura das instalações, em resposta a emergências relacionadas ou não a incêndios.

FMS.7.2 A instituição testa regularmente seu plano de segurança contra fogo e fumaça, inclusive quaisquer dispositivos relacionados à detecção precoce e eliminação, e documenta os resultados.

FMS.7.3 A instituição desenvolve e implementa um plano para limitar o tabagismo, entre profissionais e pacientes, a áreas da instituição designadas como não assistenciais.

Equipamento Médico

FMS.8 A instituição planeja e implementa um programa para inspecionar, testar e manter os equipamentos médicos e documentar os resultados.

FMS.8.1 A instituição coleta dados de monitoramento para o programa de gerenciamento dos equipamentos médicos. Esses dados são utilizados para planejar as necessidades de longo prazo da instituição, no sentido de aperfeiçoar ou substituir equipamentos.

FMS.8.2 A instituição tem um sistema para recolhimento de produtos/equipamentos.

Sistemas Utilitários

FMS.9 Água potável e energia elétrica estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, através de fontes regulares ou alternativas, para atender às necessidades essenciais relativas ao cuidado ao paciente.

FMS.9.1 A instituição tem processos de emergência para proteger as pessoas em caso de interrupção, contaminação ou falha do sistema elétrico ou hidráulico.

FMS.9.2 A instituição testa seus sistemas de emergência de fornecimento de água e energia, de forma regular e apropriada ao sistema, e documenta os resultados.

FMS.10 Os sistemas elétrico, hidráulico, de lixo, ventilação, gases medicinais e outros sistemas essenciais são regularmente inspecionados, mantidos e, quando apropriado, aperfeiçoados.

FMS.10.1 Autoridades ou profissionais designados monitoram regularmente a qualidade da água.

FMS.10.2 A instituição coleta dados de monitoramento do programa de gerenciamento dos sistemas utilitários. Esses dados são utilizados para planejar as necessidades de longo prazo da instituição, para o aperfeiçoamento ou substituição dos sistemas utilitários.

Educação dos Profissionais

FMS.11 A instituição educa e treina todos os profissionais quanto aos seus papéis na promoção de instalações de cuidado seguras e efetivas.

FMS.11.1 Os profissionais da instituição são treinados e conhecem seus papéis nos planos institucionais de segurança e proteção contra incêndio, materiais perigosos e emergências.

FMS.11.2 Os profissionais são treinados para operar e manter os equipamentos médicos e sistemas utilitários.

FMS.11.3 A instituição testa periodicamente o conhecimento do corpo profissional através de demonstrações, simulações e outros métodos pertinentes. Esses testes são documentados.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Liderança e Planejamento

Padrão FMS.1

A instituição cumpre as leis e regulamentos pertinentes, e as exigências decorrentes de inspeções das instalações.

Propósito de FMS.1

A primeira questão a considerar para qualquer instalação física é o conjunto de leis, regulamentos e outras exigências relacionadas ao ambiente. Tais exigências podem variar, dependendo da idade do prédio e de sua localização, além de outros fatores. Por exemplo, muitos códigos de construção de prédios e de segurança contra incêndio, como sistemas automáticos de extinção de incêndio, só se aplicam a novas construções.

Os líderes da instituição, incluindo o governo e a alta direção da instituição são responsáveis por:

- conhecer quais leis locais e nacionais, regulamentos e outras exigências se aplicam às instalações da instituição;
- implementar as exigências aplicáveis ou alternativas aprovadas; e
- planejar e alocar recursos para as atualizações ou substituições necessárias, como identificado pelos dados do monitoramento ou para satisfazer as exigências aplicáveis e então demonstrar progressos na execução dos planos. (*ver também* FMS.4.2)

Quando a instituição for citada por não estar atendendo às exigências, os líderes se responsabilizam pelo planejamento e cumprimento das exigências no prazo determinado.

Elementos de Mensuração de FMS.1

- ❑ 1. Os líderes da instituição e os responsáveis pelo gerenciamento das instalações conhecem quais leis, regulamentos e outras exigências se aplicam às instalações da instituição.
- ❑ 2. Os líderes implementam as exigências aplicáveis ou alternativas aprovadas.
- ❑ 3. Os líderes asseguram que a instituição cumpre as condições dos relatórios ou citações sobre as instalações, resultantes de inspeções de autoridades locais.

Padrão FMS.2

A instituição desenvolve e mantém um plano escrito que descreve o processo de gerenciamento de riscos para os pacientes, familiares, visitantes e profissionais.

Propósito de FMS.2

Para gerenciar os riscos do ambiente onde os pacientes são tratados e os profissionais trabalham, é necessário que haja um planejamento. A instituição desenvolve um plano geral ou planos individuais que incluem o seguinte:

a) Segurança e proteção
   Segurança – o grau em que os prédios, terrenos e equipamentos da instituição não oferecem perigos ou riscos para os pacientes, profissionais e visitantes.
   Proteção – proteção contra perda, destruição, adulteração, ou acesso ou uso não autorizado.
b) Materiais perigosos – A manipulação, o armazenamento e o uso de materiais radioativos e outros materiais são controlados e os resíduos perigosos são descartados de forma segura.

c) Emergências – A resposta a epidemias, desastres e emergências é planejada e eficaz.
d) Segurança contra incêndio – A propriedade e os ocupantes estão protegidos contra fogo e fumaça.
e) Equipamentos médicos – Os equipamentos são selecionados, mantidos e utilizados de forma a reduzir riscos.
f) Sistemas utilitários – Os sistemas de eletricidade, água e outros sistemas utilitários sofrem manutenção, para minimizar os riscos de falhas de operação.

Tais planos são escritos e estão atualizados, de modo a refletir as condições ambientais da instituição, atuais ou recentes. Existe um processo para sua revisão e atualização.

Elementos de Mensuração de FMS.2

❑ 1. A instituição tem planos escritos que inclui as áreas de risco de a) até f) descritas no propósito deste padrão.
❑ 2. Os planos são atuais ou foram atualizados.
❑ 3. Os planos estão plenamente implementados.
❑ 4. A instituição tem um processo para revisar e atualizar o plano(s) anualmente.

Padrão FMS.3

Um ou mais profissionais qualificados supervisionam o planejamento e a implementação do programa para gerenciar os riscos do ambiente de cuidado.

Padrão FMS.3.1

Um programa de monitoramento fornece dados sobre incidentes, danos e outros eventos que apóiem o planejamento e posterior redução dos riscos.

Propósito de FMS.3 e FMS.3.1

Qualquer que seja o tamanho da instituição, um programa de gerenciamento de risco da instalação/ambiente requer a designação de um ou mais indivíduos, para a liderança e supervisão. Em uma instituição pequena, um profissional pode ser indicado para trabalhar em regime de meio período. Em uma instituição maior, podem ser necessários vários engenheiros ou outros profissionais especialmente treinados. Seja qual for o caso, todos os aspectos do programa devem ser efetivamente administrados de maneira consistente e contínua. A supervisão do programa inclui:

a) planejamento de todos os aspectos do programa;
b) implementação do programa;
c) educação dos profissionais;
d) teste e monitoramento do programa;
e) revisão e correção periódicas do programa;
f) relatórios anuais sobre a efetividade do programa para o governo; e
g) organização e gerenciamento consistentes e contínuos.

Quando apropriado para o tamanho e complexidade da instituição, pode ser constituído um comitê de risco das instalações/ambiente, com a responsabilidade de supervisionar o programa e assegurar sua continuidade.

O monitoramento de todos os aspectos do programa fornece dados valiosos para aprimorá-lo e assim reduzir ainda mais os riscos na instituição.

Elementos de Mensuração de FMS.3

❑ 1. A supervisão e a direção do programa são atribuídas a um ou mais indivíduos.
❑ 2. O indivíduo(s) é qualificado através de experiência ou treinamento.
❑ 3. O indivíduo(s) planeja e implementa o programa, incluindo os elementos de a) até g), do propósito deste padrão.

Elementos de Mensuração de FMS.3.1

- ❑ 1. Existe um programa para monitorar todos os aspectos do programa de gerenciamento de riscos das instalações/ambiente.
- ❑ 2. Os dados resultantes do monitoramento são utilizados para aprimorar o programa.

Segurança e Proteção

Padrão FMS.4

A instituição planeja e implementa um programa para oferecer um ambiente físico seguro e protegido.

Padrão FMS.4.1

A instituição inspeciona todos os prédios onde são prestados cuidados aos pacientes e tem um plano para reduzir riscos evidentes e proporcionar instalações físicas seguras para o paciente, familiares, profissionais e visitantes.

Padrão FMS.4.2

A instituição planeja e aloca recursos para o aperfeiçoamento ou substituição dos sistemas, prédios, ou componentes chave, com base na inspeção das instalações e de acordo com as leis e regulamentos.

Propósito de FMS.4 a FMS.4.2

Os líderes da instituição utilizam bem os recursos disponíveis proporcionando um ambiente seguro, efetivo e eficiente (*ver também* AOP.5.1, EM 1; e AOP.6.2, EM 1). A prevenção e o planejamento são essenciais para criar um ambiente seguro e de apoio ao cuidado ao paciente. Para planejar com eficiência, a instituição deve estar atenta a todos os riscos presentes em suas instalações. Isto inclui segurança, como por exemplo, segurança contra incêndio, e também proteção. O objetivo é prevenir acidentes e danos; manter as condições de segurança e proteção para pacientes, familiares, profissionais e visitantes; e reduzir e controlar perigos e riscos. Isto é particularmente importante em períodos de construção ou reforma. Além disso, para garantir esta proteção, todos os profissionais, fornecedores e outros indivíduos na instituição são identificados através de crachá temporário ou permanente, ou outro mecanismo de identificação, e todas as áreas que devem ser protegidas, como por exemplo, unidades neonatais, são protegidas e monitoradas.

Isso pode ser feito através do desenvolvimento de um Plano de Melhoria para as Instalações, incluindo uma inspeção abrangente das instalações, observando-se tudo, desde móveis pontiagudos e quebrados, que poderiam causar ferimentos, até locais sem escape de incêndio ou áreas de segurança sem condições de monitoramento. Essa inspeção periódica é documentada e ajuda a instituição a planejar e executar melhorias e a alocar recursos financeiros para reformas e substituições de longo prazo.

Assim, ao tomar conhecimento dos riscos existentes em sua estrutura física, a instituição pode desenvolver um plano pró-ativo para reduzir esses riscos para pacientes, familiares, profissionais e visitantes. O plano pode incluir itens tais como: instalação de câmeras de segurança em áreas remotas, substituição de um gerador de emergência, substituição de portas corta-fogo e outros. Esse plano inclui segurança e proteção.

Elementos de Mensuração de FMS.4

- ❑ 1. A instituição tem um programa para oferecer instalações físicas seguras e protegidas, incluindo o monitoramento e segurança de áreas identificadas como de riscos à segurança.

- ❑ 2. O programa garante que todos os profissionais, visitantes e fornecedores sejam identificados e que todas as áreas de risco sejam monitoradas e mantidas seguras. (*ver também* AOP.5.1, EM.2; e AOP.6.2, EM 2)
- ❑ 3. O programa é eficaz na prevenção de danos e na manutenção de condições de segurança para pacientes, familiares, profissionais e visitantes. (*ver também* IPSG.6, EM 1)
- ❑ 4. O programa inclui segurança e proteção durante as construções e reformas.
- ❑ 5. Os líderes aplicam os recursos de acordo com os planos aprovados.
- ❑ 6. Quando entidades independentes estão presentes nas instalações de cuidado a serem avaliadas, a instituição assegura o cumprimento, por parte dessas entidades, do programa de segurança.

Elementos de Mensuração de FMS.4.1

- ❑ 1. A instituição tem uma inspeção documentada, atualizada e precisa de suas instalações físicas.
- ❑ 2. A instituição tem um plano para reduzir os riscos evidentes, com base na inspeção.
- ❑ 3. A instituição está progredindo na execução do plano.

Elementos de Mensuração de FMS.4.2

- ❑ 1. A instituição planeja e aloca recursos para manter a conformidade com as leis, regulamentos e outras exigências.
- ❑ 2. A instituição planeja e aloca recursos para o aperfeiçoamento ou substituição dos sistemas, prédios, ou componentes necessários para a operação continuada de uma estrutura física segura e efetiva. (*ver também* ACC.6.1, EM 5)

Materiais Perigosos

Padrão FMS.5

A instituição tem um plano para inventariar, manipular, estocar e utilizar materiais perigosos e para controlar e descartar resíduos e outros materiais perigosos.

Propósito de FMS.5

A instituição identifica e controla de forma segura os resíduos e outros materiais perigosos (*ver também* AOP.5.1, EM.1, e AOP.6.2, EM.1), de acordo com um plano. Isto inclui substâncias químicas, agentes quimioterápicos, materiais e resíduos radioativos, gases e vapores perigosos e outros resíduos biológicos infectantes ou controlados. O plano define processos para:

- o inventário de resíduos e materiais perigosos;
- manipulação, armazenamento e uso de materiais perigosos;
- notificação e investigação de vazamentos, exposições e outros incidentes;
- descarte adequado de resíduos perigosos;
- uso de equipamentos de proteção e adoção de procedimentos adequados durante o uso, vazamento ou exposição;
- documentação de quaisquer permissões, licenças ou outras exigências de controle; e
- identificação adequada de resíduos e materiais perigosos.

Elementos de Mensuração de FMS.5

- ❑ 1. A instituição identifica resíduos e materiais perigosos e tem uma lista atualizada de todos os materiais desse tipo na instituição. (*ver também* AOP.5.5, EM.1; e AOP.6.6, EM.1)
- ❑ 2. O plano para a manipulação, armazenamento e uso seguros de materiais perigosos está estabelecido e implementado. (*ver também* AOP.5.1, propósito e EM.3; AOP.5.5, EM.3; AOP.6.2, EM 4; e AOP.6.6, EM.3)

- ❑ 3. O plano para notificação e investigação de vazamentos, exposições e outros incidentes está estabelecido e implementado.
- ❑ 4. O plano para manipulação apropriada de resíduos dentro da instituição e o descarte de resíduos perigosos na forma legal e segura está estabelecido e implementado. (*ver também* AOP.6.2, EM 4)
- ❑ 5. O plano para utilização dos equipamentos de proteção e a adoção de procedimentos adequados durante o uso, vazamento ou exposição está estabelecido e implementado.
(*ver também* AOP.5.1, EM.4; AOP.6.2, EM.5; e AOP.6.6, EM.5)
- ❑ 6. O plano para as exigências relativas à documentação necessária, inclusive quaisquer permissões, licenças ou outras exigências de controle está estabelecido e implementado.
- ❑ 7. O plano para colocação de rótulo em resíduos e materiais perigosos está estabelecido e implementado.
(*ver também* AOP.5.5, EM 5; e AOP.6.6, EM.5)
- ❑ 8. Quando entidades independentes estão presentes nas instalações de cuidado ao paciente a serem avaliadas, a instituição assegura o cumprimento, por parte dessas entidades, do plano de gerenciamento de materiais perigosos.

Preparação para Desastres

Padrão FMS.6

A instituição desenvolve e mantém um plano e um programa de gerenciamento de emergências para responder a prováveis emergências, epidemias, desastres naturais ou de outro tipo, na comunidade.

Padrão FMS.6.1

A instituição testa sua resposta a emergências, epidemias e desastres.

Propósito de FMS.6 a FMS.6.1

As emergências, epidemias e desastres na comunidade podem envolver a instituição diretamente na medida em que, por exemplo, um terremoto danifique áreas de cuidado ao paciente ou uma gripe impeça os profissionais de irem trabalhar. Para responder de maneira eficaz, a instituição desenvolve um plano e um programa para gerenciar tais emergências. O plano estabelece processos para:

a) identificação do tipo, probabilidade e conseqüências dos perigos, ameaças e eventos;
b) determinação do papel da instituição durante tais eventos;
c) estratégias de comunicação para eventos;
d) gerenciamento de recursos durante os eventos, incluindo fontes alternativas;
e) gerenciamento das atividades clínicas durante os eventos, incluindo locais alternativos para a prestação de cuidados;
f) identificação e designação de atribuições e responsabilidades aos profissionais durante um evento; e
g) processo para gerenciar emergências quando as responsabilidades pessoais dos profissionais conflitam com a responsabilidade da instituição para alocação dos profissionais necessários ao atendimento dos pacientes.

O plano de preparação para desastres é testado como se segue:

- Um teste anual do plano completo, internamente, ou como parte do plano da própria instituição, ou
- Um teste dos elementos críticos de c) até g), do plano, durante o ano.

Se a instituição vivencia um desastre real, põe em prática seu plano, e relata o ocorrido, isto equivalerá a um teste anual.

Elementos de Mensuração de FMS.6

- ❑ 1. A instituição identificou os principais desastres internos e externos, tais como emergências comunitárias, epidêmicas e outros desastres naturais e de outro tipo, assim como os eventos epidêmicos mais relevantes, que apresentem riscos significativos de ocorrência.
- ❑ 2. A instituição planeja sua resposta a potenciais desastres, incluindo os elementos de a) até g) do propósito deste padrão.

Elementos de Mensuração de FMS.6.1

- ❑ 1. O plano completo ou pelo menos os elementos críticos de c) até g) são testados anualmente.
- ❑ 2. Após a realização de cada teste, é feito um resumo do mesmo.
- ❑ 3. Quando entidades independentes estão presentes nas instalações de cuidado ao paciente a serem avaliadas, a instituição assegura o cumprimento, por parte das entidades, do plano de preparação para desastres.

Segurança contra Incêndio

Padrão FMS.7

A instituição planeja e implementa um programa para garantir que todos os ocupantes estejam protegidos contra fogo e fumaça ou outras emergências em suas instalações.

Padrão FMS.7.1

O plano inclui a prevenção, detecção rápida, eliminação, redução e evacuação segura das instalações, em resposta a emergências relacionadas ou não a incêndios.

Padrão FMS.7.2

A instituição testa regularmente seu plano de segurança contra fogo e fumaça, inclusive quaisquer dispositivos relacionados à detecção precoce e eliminação, e documenta os resultados.

Propósito de FMS.7 a FMS.7.2

O incêndio é um risco sempre presente em uma instituição de saúde. Assim, toda instituição precisa planejar como manter a segurança de seus ocupantes em caso de fogo ou fumaça. A instituição planeja, em especial:

- a prevenção de incêndios através da redução de riscos, tais como armazenamento e manipulação segura de materiais potencialmente inflamáveis, incluindo gases medicinais inflamáveis, como oxigênio;
- perigos relacionados a qualquer construção dentro ou nas adjacências dos edifícios ocupados por pacientes;
- saídas seguras e desobstruídas, em caso de incêndio;
- aviso precoce e sistemas de detecção rápida, tais como detectores de fumaça, alarmes de incêndio, ou patrulhas de incêndio; e
- mecanismos extintores como hidrantes, extintores químicos, ou sistemas automáticos de extinção de incêndios.

Essas ações combinadas proporcionam aos pacientes, familiares, profissionais e visitantes, tempo adequado para sair do prédio com segurança, em caso de fogo ou fumaça. Essas ações são eficazes, independentemente da idade, tamanho ou construção do prédio. Por exemplo, um pequeno prédio de tijolos, com um andar apenas, usará métodos diferentes daqueles utilizados por um prédio grande, de madeira, com vários andares.

O plano de segurança contra incêndio define:

- a freqüência de inspeção, teste e manutenção dos sistemas de segurança e proteção contra incêndio, de acordo com as exigências;
- o plano para evacuação segura do prédio, em caso de fogo ou fumaça;

- o processo para testar todos os elementos do plano a cada período de 12 meses;
- a necessária educação dos profissionais para efetivamente proteger e evacuar os pacientes quando ocorre uma emergência; e
- a participação dos profissionais em pelo menos um teste de segurança contra incêndio por ano.

O plano pode ser testado de varias maneiras. Por exemplo, a instituição pode designar um "marechal do fogo" para cada unidade e esse "marechal" pode, aleatoriamente, questionar os profissionais sobre o que fariam em uma situação de incêndio em sua unidade. As perguntas podem ser específicas, como: "Onde fica a válvula para fechar a saída de oxigênio? Se for necessário fechar a saída de oxigênio, como você assiste os pacientes que precisam de oxigênio? Onde estão localizados os extintores de incêndio da sua unidade? Como você avisa sobre um incêndio? Como você protege os pacientes durante um incêndio? Se for necessário evacuar os pacientes, como você procede? Os profissionais devem estar aptos a responder apropriadamente a essas questões. Se não estiverem, isto deve ser registrado e um plano de reeducação deve ser desenvolvido. O marechal do fogo deve manter um registro daqueles que participaram. As instituições podem ainda desenvolver um teste escrito para os profissionais, sobre segurança conta incêndio como parte do teste do plano.

Todas as inspeções, testes e manutenções são documentados.

Elementos de Mensuração de FMS.7

❑ 1. A Instituição tem um programa para assegurar que todos os ocupantes de suas instalações estejam protegidos contra fogo, fumaça, ou outras emergências não relacionadas a incêndio.

❑ 2. O programa é implementado de modo contínuo e abrangente, para garantir que todas as áreas de cuidado e de trabalho dos profissionais estejam incluídas.

❑ 3. Quando entidades independentes estão presentes nas instalações de cuidado ao paciente a serem avaliadas, a instituição assegura o cumprimento, por parte dessas entidades, do plano de segurança contra incêndio.

Elementos de Mensuração de FMS.7.1

❑ 1. O programa inclui a redução dos riscos de incêndio.

❑ 2. O programa inclui a avaliação dos riscos de incêndio quando ocorre alguma construção dentro da instituição ou em suas adjacências.

❑ 3. O programa inclui a detecção rápida de fogo e fumaça.

❑ 4. O programa inclui a extinção do fogo e a contenção da fumaça.

❑ 5. O programa inclui a evacuação segura do prédio em caso de emergência de fogo e de outras naturezas.

Elementos de Mensuração de FMS.7.2

❑ 1. Os sistemas de detecção de incêndio e combate ao fogo são inspecionados, testados e mantidos com a freqüência determinada pela instituição.

❑ 2. Os profissionais são treinados para participar do plano de segurança contra fogo e fumaça (*ver também* FMS.11.1 EM 1).

❑ 3. Todos os profissionais participam de um teste de segurança contra fogo e fumaça, pelo menos uma vez por ano.

❑ 4. Os profissionais podem demonstrar como trazer os pacientes para a segurança.

❑ 5. A inspeção, o teste, a manutenção dos equipamentos e dos sistemas são documentados.

Padrão FMS.7.3

A instituição desenvolve e implementa um plano para limitar o tabagismo, entre profissionais e pacientes, a áreas da instituição designadas como não assistenciais.

Propósito de FMS.7.3

A instituição desenvolve e implementa uma política e um plano para limitar o tabagismo que:

- aplica-se a todos os pacientes, familiares, profissionais e visitantes; e
- elimina o tabagismo dentro das instalações da instituição ou pelo menos o restringe a áreas designadas como não assistenciais, com ventilação para o exterior.

A política de tabagismo da instituição prevê exceções a essa política, relacionadas aos pacientes, tais como razões médicas ou psiquiátricas que possam permitir que determinado paciente fume, e identifica os indivíduos autorizados a conceder esta permissão. Quando é feita uma exceção, o paciente fuma em áreas designadas como não assistenciais, longe de outros pacientes.

Elementos de Mensuração de FMS.7.3

- ❑ 1. A instituição desenvolveu uma política e/ou procedimento para eliminar ou restringir o tabagismo.
- ❑ 2. A política e/ou procedimento aplica-se a pacientes, familiares, profissionais e visitantes.
- ❑ 3. A política e/ou o procedimento foi implementado.
- ❑ 4. Existe um processo para conceder aos pacientes exceções à política e/ou procedimento.

Equipamento Médico

Padrão FMS.8

A instituição planeja e implementa um programa para inspecionar, testar e manter os equipamentos médicos e documentar os resultados.

Padrão FMS.8.1

A instituição coleta dados de monitoramento para o programa de gerenciamento dos equipamentos médicos. Esses dados são utilizados para planejar as necessidades de longo prazo da instituição, no sentido de aperfeiçoar ou substituir equipamentos.

Propósito de FMS.8 e FMS.8.1

Para assegurar que os equipamentos médicos estejam disponíveis para uso e funcionando adequadamente, a instituição:

- faz o inventário dos equipamentos médicos;
- inspeciona regularmente os equipamentos médicos;
- testa os equipamentos médicos conforme apropriado ao seu uso e suas necessidades; e
- realiza manutenção preventiva.

Indivíduos qualificados prestam esses serviços. Os equipamentos são inspecionados e testados quando novos e depois regularmente, de acordo com a idade e o uso do equipamento ou de acordo com as instruções do fabricante. As inspeções, resultados dos testes e quaisquer manutenções são documentados. Isto ajuda a garantir a continuidade do processo de manutenção e o planejamento de recursos financeiros para fazer substituições, reformas e outras mudanças. (*ver também* AOP.6.5, propósito)

Elementos de Mensuração de FMS.8

- ❑ 1. Os equipamentos médicos são gerenciados em toda a instituição, de acordo com um plano. (*ver também* AOP.5.4, EM 1; e AOP.6.5, EM 1)
- ❑ 2. Existe um inventário de todos os equipamentos médicos. (*ver também* AOP.5.4, EM 3; e AOP.6.5, EM 3)
- ❑ 3. Os equipamentos médicos são inspecionados regularmente. (*ver também* AOP.5.4, EM 4; e AOP.6.5, EM 4)

- ❑ 4. Os equipamentos médicos são testados quando novos e depois, de acordo com a idade e o uso do equipamento e as recomendações do fabricante (*ver também* AOP.5.4, EM 5; e AOP.6.5, EM 5)
- ❑ 5. Existe um programa de manutenção preventiva (*ver também* AOP.5.4, EM 6; e AOP.6.5, EM 6)
- ❑ 6. Indivíduos qualificados prestam esses serviços.

Elementos de Mensuração de FMS.8.1

- ❑ 1. Os dados do monitoramento são coletados e documentados para o programa de gerenciamento de equipamentos médicos. (*ver também* AOP.5.4, EM 7; e AOP.6.5, EM 7)
- ❑ 2. Os dados do monitoramento são usados para fins de planejamento e melhorias.

Padrão FMS.8.2

A instituição tem um sistema para recolhimento de produtos/equipamentos.

Propósito de FMS.8.2

A instituição tem um processo para identificar, recuperar e devolver ou destruir produtos e equipamentos por recomendação do fabricante ou fornecedor. Existe uma política ou procedimento que contempla o uso de quaisquer produtos ou equipamentos em recolhimento.

Elementos de Mensuração de FMS.8.2

- ❑ 1. A instituição tem um sistema implementado para recolhimento de produtos/equipamentos.
- ❑ 2. Existe uma política ou procedimento que contempla o uso de quaisquer produtos ou equipamentos em recolhimento.
- ❑ 3. A política ou procedimento está implementada.

Sistemas Utilitários

Padrão FMS.9

Água potável e energia elétrica estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, através de fontes regulares ou alternativas, para atender às necessidades essenciais relativas ao cuidado ao paciente.

Propósito de FMS.9

O cuidado ao paciente, em uma instituição de saúde, seja de rotina ou em caráter de urgência, é prestado 24 horas por dia, todos os dias da semana. Desse modo, fontes ininterruptas de água limpa e de energia elétrica são essenciais para atender às necessidades do paciente. Podem ser usadas fontes regulares e alternativas.

Elementos de Mensuração de FMS.9

- ❑ 1. A água potável está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.
- ❑ 2. A energia elétrica está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.

Padrão FMS.9.1

A instituição tem processos de emergência para proteger as pessoas em caso de interrupção, contaminação ou falha do sistema elétrico ou hidráulico.

Padrão FMS.9.2

A instituição testa seus sistemas de emergência de fornecimento de água e energia, de forma regular e apropriada ao sistema, e documenta os resultados.

Propósito de FMS.9.1 e FMS.9.2

As instituições de saúde têm equipamentos médicos e sistemas utilitários diferentes, de acordo com sua missão, com as necessidades dos pacientes e com os recursos. Independentemente do tipo de sistema e do nível de seus recursos, a instituição precisa proteger os pacientes e os profissionais em casos de emergências, tais como: falha, interrupção ou contaminação do sistema.

Para se preparar para tais emergências, a instituição:

- define os equipamentos, os sistemas e as áreas que apresentam maior risco para os pacientes e profissionais (por exemplo, identifica onde há necessidade de iluminação, refrigeração, suporte à vida e água limpa para limpar e esterilizar materiais);
- avalia e minimiza os riscos de falha nos sistemas utilitários nessas áreas;
- planeja fontes de emergência de energia e de água limpa para essas áreas e necessidades;
- testa a disponibilidade e a confiabilidade das fontes de emergência de energia elétrica e água;
- documenta os resultados dos testes; e
- garante que as fontes alternativas de água e eletricidade sejam testadas pelo menos uma vez por ano ou com maior freqüência se requerido pelas leis e regulamentos, ou condições das fontes de energia e água. Algumas condições dessas fontes que podem aumentar a freqüência desses testes incluem:
  - — reparos repetidos do sistema de água
  - — contaminações freqüentes da fonte de água
  - — redes elétricas não confiáveis
  - — interrupções de energia inesperadas e recorrentes

Elementos de Mensuração de FMS.9.1

- ❑ 1. A instituição identificou as áreas e serviços em maior risco quando há falha de energia ou quando há contaminação da água ou interrupção do seu fornecimento.
- ❑ 2. A instituição procura reduzir os riscos de tais eventos.
- ❑ 3. A instituição planeja fontes alternativas de energia e de água para situações de emergência.

Elementos de Mensuração de FMS.9.2

- ❑ 1. A instituição testa as fontes alternativas de água, no mínimo uma vez por ano ou com maior freqüência, se requerido pelas leis e regulamentos ou condições da fonte de água.
- ❑ 2. A instituição documenta os resultados desses testes.
- ❑ 3. A instituição testa as fontes alternativas de eletricidade, no mínimo uma vez por ano ou com maior freqüência, se requerido pelas leis e regulamentos ou condições da fonte de energia elétrica.
- ❑ 4. A instituição documenta os resultados desses testes.

Padrão FMS.10

Os sistemas elétrico, hidráulico, de lixo, ventilação, gases medicinais e outros sistemas essenciais são regularmente inspecionados, mantidos e, quando apropriado, aperfeiçoados.

Padrão FMS.10.1

Autoridades ou profissionais designados monitoram regularmente a qualidade da água.

Padrão FMS.10.2

A instituição coleta dados de monitoramento do programa de gerenciamento dos sistemas utilitários. Esses dados são utilizados para planejar as necessidades de longo prazo da instituição, para o aperfeiçoamento ou substituição dos sistemas utilitários.

Propósito de FMS.10 a FMS.10.2

A operação segura, eficaz e eficiente dos sistemas utilitários, e de outros sistemas essenciais da instituição, é fundamental para a segurança dos pacientes, familiares, profissionais e visitantes, assim como para atender as necessidades de cuidado dos pacientes. Por exemplo, a contaminação do lixo em áreas de preparo de alimentos, a ventilação inadequada no laboratório de análises clínicas, a falta de segurança no armazenamento de cilindros de oxigênio, o vazamento nos dutos de oxigênio, e fios elétricos desencapados, todos apresentam perigo. Para evitar esses e outros perigos, a instituição tem um processo de inspeção regular de tais sistemas e de realização de manutenção preventiva e de outros tipos. Durante os testes, deve-se ter especial atenção aos componentes críticos (interruptores e relés, por exemplo) dos sistemas. As fontes de emergência e de segurança (*backup*) de energia são testadas em circunstâncias planejadas, que simulam exigências de carga reais. Quando necessário, são feitas melhorias, como por exemplo, para aumento de força para áreas com equipamentos novos.

A qualidade da água pode mudar subitamente por diversas causas, algumas das quais externas à instituição, como o rompimento em uma linha de fornecimento para a instituição ou a contaminação da fonte de água da cidade. A qualidade da água também é um fator crítico em determinados processos de cuidado, como a terapia renal substitutiva. Assim, a instituição estabelece um processo para monitorar a qualidade da água regularmente, incluindo o teste biológico da água utilizada na diálise. A freqüência do monitoramento está fundamentada, em parte, na experiência prévia com problemas na qualidade da água. O monitoramento pode ser realizado por profissionais designados pela instituição, como profissionais do laboratório de análises clínicas ou por autoridades de saúde pública, ou de controle da água, externas à instituição, consideradas competentes para realizar esses testes. É responsabilidade da instituição garantir que o teste é completo, conforme requerido.

O monitoramento de sistemas essenciais ajuda a instituição a prevenir problemas e fornece informações necessárias à tomada de decisões para melhorias no sistema, assim como para o planejamento de reformas ou de substituição dos sistemas utilitários. Os dados resultantes do monitoramento são documentados.

Elementos de Mensuração de FMS.10

- ❑ 1. Os sistemas utilitários, gases medicinais, ventilação e outros sistemas essenciais são definidos pela instituição.
- ❑ 2. Os sistemas essenciais são inspecionados regularmente.
- ❑ 3. Os sistemas essenciais são testados regularmente.
- ❑ 4. Os sistemas essenciais são mantidos regularmente.
- ❑ 5. Os sistemas essenciais são aprimorados quando necessário.

Elementos de Mensuração de FMS.10.1

- ❑ 1. A qualidade da água é monitorada regularmente.
- ❑ 2. A água utilizada na terapia renal substitutiva é testada regularmente.

Elementos de Mensuração de FMS.10.2

- ❑ 1. Os dados resultantes do monitoramento são coletados e documentados para o programa de gerenciamento de sistemas utilitários.
- ❑ 2. Os dados resultantes do monitoramento são utilizados com o propósito de planejamento e melhoria.

Educação dos Profissionais

Padrão FMS.11

A instituição educa e treina todos os profissionais quanto aos seus papéis na promoção de instalações de cuidado seguras e efetivas.

Padrão FMS.11.1

Os profissionais da instituição são treinados e conhecem seus papéis nos planos institucionais de segurança e proteção contra incêndio, materiais perigosos e emergências.

Padrão FMS.11.2

Os profissionais são treinados para operar e manter os equipamentos médicos e sistemas utilitários.

Padrão FMS.11.3

A instituição testa periodicamente o conhecimento do corpo profissional através de demonstrações, simulações e outros métodos pertinentes. Esses testes são documentados.

Propósito de FMS.11 a FMS.11.3

Os profissionais da instituição são a fonte primária de contato entre pacientes, familiares e visitantes. Desse modo, eles precisam ser educados e treinados para desempenhar seus papéis na identificação e redução de riscos, na sua própria proteção e na dos outros e no estabelecimento de instalações seguras. *(ver também* FMS.7.2, EM 3)

Cada instituição deve decidir o tipo e o nível de treinamento do corpo profissional e então executar e documentar um programa de educação e treinamento. O programa pode incluir a instrução em grupo, materiais educativos impressos, um componente de orientação aos novos profissionais, ou algum outro mecanismo que atenda às necessidades da instituição. O programa inclui instrução sobre o processo de notificação de riscos potenciais, notificação de incidentes ou danos, e o manuseio de materiais perigosos e de outros materiais que coloquem em risco a si próprios e aos outros.

Os profissionais responsáveis por operar ou manter os equipamentos médicos recebem treinamento especial. O treinamento pode ser dado pela instituição, pelo fabricante do equipamento ou por alguma outra fonte competente.

A instituição desenha um programa para testar periodicamente o conhecimento dos profissionais em procedimentos de emergência, incluindo procedimentos de segurança contra incêndio, resposta a situações de risco, como o vazamento de material perigoso e uso de equipamentos médicos que coloquem em risco os pacientes e profissionais. O conhecimento pode ser testado de várias maneiras, como por exemplo, através de demonstrações individuais ou em grupo, simulações de eventos como epidemias na comunidade, provas escritas ou em computador, ou outros meios adequados ao tipo de conhecimento que está sendo testado. A instituição documenta quais foram os profissionais avaliados e os resultados dos testes.

Elementos de Mensuração de FMS.11

- ❑ 1. Existe um plano de treinamento para cada componente do programa de segurança e gerenciamento das instalações, para assegurar que os profissionais cumpram efetivamente suas responsabilidades. (*ver também* AOP.5.1, EM 5; e AOP.6.2, EM 6)
- ❑ 2. A educação inclui visitantes, fornecedores, profissionais contratados / terceirizados e outros, identificados pela instituição, e os diversos turnos de trabalho do corpo profissional.

Elementos de Mensuração de FMS.11.1

- ❑ 1. Os profissionais são capazes de descrever e/ou demonstrar seu papel em resposta a uma situação de incêndio.
- ❑ 2. Os profissionais são capazes de descrever e/ou demonstrar ações para eliminar, minimizar ou comunicar riscos de proteção, segurança ou de outro tipo.
- ❑ 3. Os profissionais são capazes de descrever e/ou demonstrar precauções, procedimentos e sua participação no armazenamento, manipulação e descarte de resíduos e materiais perigosos e em situações de emergência correlatas.
- ❑ 4. Os profissionais são capazes de descrever e/ou demonstrar procedimentos e seu papel nas emergências e desastres em suas instalações e na comunidade.

Elementos de Mensuração de FMS.11.2

- ❑ 1. Os profissionais são treinados para operar os equipamentos médicos e sistemas utilitários, de acordo com suas atribuições.
- ❑ 2. Os profissionais são treinados para manter os equipamentos médicos e sistemas utilitários, de acordo com suas atribuições.

Elementos de Mensuração de FMS.11.3

- ❑ 1. Os profissionais são avaliados em relação aos seus papéis na manutenção de instalações seguras e eficazes.
- ❑ 2. Os treinamentos e avaliações são documentados, no que se refere a quem foi treinado e avaliado, assim como aos resultados dos treinamentos e avaliações.

Educação e Qualificação de Profissionais (SQE)

Apresentação

Uma instituição de saúde necessita de uma variedade adequada de profissionais especializados e qualificados para cumprir sua missão e atender às necessidades dos pacientes. Os líderes da instituição trabalham em conjunto para definir o número e os tipos de profissionais necessários, com base nas recomendações dos dirigentes de serviços e departamentos.

O recrutamento, avaliação e nomeação de profissionais são realizados de forma mais adequada através de um processo coordenado, eficiente e uniforme. Também é essencial documentar as habilidades, o conhecimento, a formação e a experiência prévia do candidato. É especialmente importante analisar cuidadosamente as credenciais dos profissionais médicos e de enfermagem, pois estão envolvidos nos processos clínicos assistenciais e trabalham diretamente com os pacientes.

As instituições de saúde devem dar oportunidade aos profissionais de aprender e progredir pessoal e profissionalmente. Assim, a educação em serviço e outras oportunidades de aprendizagem devem ser oferecidas aos profissionais.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: "Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração".

Planejamento

SQE.1 Os líderes institucionais definem a formação, habilidades, conhecimento e outros requisitos esperados para todos os profissionais.

SQE.1.1 As responsabilidades de cada profissional estão definidas em uma descrição atualizada do cargo.

SQE.2 Os líderes institucionais desenvolvem e implementam processos para recrutar, avaliar e designar profissionais, assim como outros procedimentos afins definidos pela instituição.

SQE.3 A instituição utiliza um processo definido para assegurar que os conhecimentos e as habilidades dos profissionais da área clínica estejam de acordo com as necessidades do paciente.

SQE.4 A instituição utiliza um processo definido para garantir que os conhecimentos e habilidades dos profissionais que não são da área clínica sejam compatíveis com as necessidades do cargo.

SQE.5 Existem informações documentadas sobre cada membro do corpo profissional.

SQE.6 Existe um plano de contratação, desenvolvido de maneira colaborativa pelos líderes, que identifica o número, o perfil e as qualificações desejadas para os profissionais.

SQE.6.1 O plano é revisado de forma contínua e atualizado conforme necessário.

Orientação e Educação

SQE.7 Todos os profissionais, sejam da área clínica ou não, são orientados quanto à instituição, quanto ao departamento ou unidade em que foram lotados e quanto às responsabilidades específicas de seus cargos, no momento em que são contratados.

SQE.8 Todos os profissionais recebem treinamento em serviço e outras formas de educação continuada para manter ou aprimorar suas habilidades e conhecimentos.

SQE.8.1 Os profissionais que prestam cuidado ao paciente e outros profissionais identificados pela instituição são treinados e capazes de demonstrar competência adequada em técnicas de ressuscitação.

SQE.8.2 A instituição proporciona o local e disponibiliza tempo para a educação e treinamento dos profissionais.

SQE.8.3 Quando o hospital sedia atividades de ensino, esta prática é orientada por parâmetros educacionais definidos pelo programa acadêmico patrocinador.

SQE.8.4 A instituição tem um programa de saúde e segurança dos profissionais.

Corpo Médico

Determinação dos Membros do Corpo Médico

SQE.9 A instituição tem um processo eficaz para reunir, verificar e avaliar as credenciais (licença, formação, treinamento, competência e experiência) de seu corpo médico habilitado a cuidar do paciente sem supervisão.

SQE.9.1 A liderança toma uma decisão informada referente à renovação da permissão para cada membro do corpo médico para continuar a prestar cuidados aos pacientes, no mínimo a cada três anos.

A Outorga de Privilégios Clínicos

SQE.10 A instituição tem um procedimento padrão, objetivo, baseado em evidências, para autorizar os membros do corpo médico a admitir e tratar pacientes, e a prestar outros serviços clínicos, de acordo com suas qualificações.

Monitoramento e Avaliação Contínuos dos Membros do Corpo Médico

SQE.11 A instituição utiliza um processo padrão contínuo para avaliar a qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes, por cada membro do corpo médico.

Corpo de Enfermagem

SQE.12 A instituição tem um processo efetivo para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos profissionais do corpo de enfermagem (licença, formação, treinamento e experiência).

SQE.13 A instituição tem um processo padrão para definir as responsabilidades do cargo e as atribuições, com base nas credenciais dos membros do corpo de enfermagem e de acordo com todas as exigências regulamentais.

SQE.14 A instituição tem um processo padrão para a participação dos profissionais de enfermagem nas atividades de melhoria de qualidade da instituição, inclusive na avaliação do desempenho individual, quando indicado.

Outros Profissionais de Saúde

SQE.15 A instituição tem um procedimento padrão para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos outros profissionais de saúde (licença, formação, treinamento e experiência).

SQE.16 A instituição tem um procedimento padrão para definir as responsabilidades e as atribuições dos outros profissionais de saúde, com base nas suas credenciais e de acordo com todas as exigências regulatórias.

SQE.17 A instituição tem um processo efetivo para a participação dos outros profissionais de saúde nas atividades de melhoria de qualidade da instituição.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Planejamento

Padrão SQE.1

Os líderes institucionais definem a formação, habilidades, conhecimento e outros requisitos esperados para todos os profissionais.

Propósito de SQE.1

Os líderes institucionais definem as exigências específicas dos cargos dos profissionais, a formação desejada, habilidades, conhecimento e qualquer outra exigência, como parte do planejamento do corpo profissional necessário para atender às necessidades dos pacientes.

Os líderes consideram os seguintes fatores para planejar as necessidades de pessoal:

- a missão da instituição;
- o perfil dos pacientes atendidos pela instituição e a complexidade e gravidade de suas necessidades;
- os serviços prestados pela instituição; e
- a tecnologia utilizada no cuidado ao paciente.

A instituição cumpre as leis e regulamentos que definem os níveis de formação e habilidades ou outras exigências relativas a cada profissional, ou que definem o número de profissionais ou a composição do corpo profissional da instituição. Além dessas exigências legais, a instituição leva em consideração sua missão e as necessidades dos pacientes.

Elementos de Mensuração de SQE.1

❑ 1. A missão da instituição, o perfil dos pacientes, os serviços oferecidos e a tecnologia utilizada são incluídos no planejamento.
❑ 2. A instituição define a formação, as habilidades e o conhecimento desejados para os profissionais.
❑ 3. As leis e regulamentos aplicáveis são incorporados ao planejamento.

Padrão SQE.1.1

As responsabilidades de cada profissional estão definidas em uma descrição atualizada do cargo.

Propósito de SQE.1.1

Os profissionais da instituição não licenciados para prática independente têm suas responsabilidades definidas em uma descrição do cargo atualizada. Essa descrição do cargo constitui a base de suas atribuições, de sua orientação para o trabalho e de sua avaliação em relação ao bom cumprimento das responsabilidades do cargo.

A descrição de cargo dos profissionais de saúde também é necessária quando:

a) O profissional exerce funções fundamentalmente administrativas, como por exemplo, um chefe de departamento, ou quando exerce ao mesmo tempo funções clínicas e administrativas, com as responsabilidades administrativas definidas em uma descrição de cargo;
b) O profissional tem certas responsabilidades clínicas para as quais não tem autorização para prática sem supervisão, como por exemplo, um profissional independente aprendendo uma nova função ou novas habilidades (a concessão de privilégios referida no padrão SQE.10 é uma alternativa);

c) O profissional está participando de um programa educacional sob supervisão, e o programa acadêmico define, para cada estágio ou nível de treinamento, o que pode ser feito de forma independente e o que deve ser feito sob supervisão. A descrição do programa pode servir como descrição do cargo, nessas situações; e
d) O profissional tem permissão temporária para prestar serviços na instituição (a concessão de privilégios referida no padrão SQE.10 é uma alternativa).

Quando a instituição utiliza descrições de cargo nacionais ou genéricas (por exemplo, a descrição do cargo de um enfermeiro), é preciso complementar a descrição do cargo com as responsabilidades de trabalho específicas para cada tipo de enfermeiro (por exemplo, enfermeiro de cuidados intensivos, enfermeiro pediátrico, enfermeiro de centro cirúrgico e outros).

Para aqueles profissionais legalmente autorizados para a prática independente, existe um processo para identificar e autorizar o indivíduo a exercer suas atividades, com base na formação, treinamento e experiência. Este processo está definido no padrão SQE.9 para corpo médico e no padrão SQE.12 para corpo de enfermagem.

Os requisitos deste padrão se aplicam a todos os tipos de profissionais que requerem descrição do cargo (por exemplo, trabalhadores de tempo integral, meio-período, empregados, voluntários, ou temporários).

Elementos de Mensuração de SQE.1.1

- ❑ 1. Todos os profissionais sem permissão para prática independente têm uma descrição de cargo. (*ver também* AOP.3, EM 5)
- ❑ 2. Os indivíduos identificados nos itens de a) até d) do propósito deste padrão, quando presentes na instituição, têm uma descrição de cargo apropriada às suas atividades e responsabilidades ou têm privilégios, se adotados como alternativa. (*ver também* AOP.3, EM 5)
- ❑ 3. As descrições de cargo são atualizadas de acordo com a política do hospital.

Padrão SQE.2

Os líderes institucionais desenvolvem e implementam processos para recrutar, avaliar e designar profissionais, assim como outros procedimentos afins definidos pela instituição.

Propósito de SQE.2

A instituição tem um processo eficiente, coordenado ou centralizado para:

- recrutar profissionais para os cargos disponíveis;
- avaliar o treinamento, as habilidades e o conhecimento dos candidatos; e
- designar profissionais para o corpo funcional da instituição.

Se o processo não é centralizado, critérios, processos e formulários similares resultam em um processo uniforme em toda a instituição. Os dirigentes de serviços e departamentos participam do processo recomendando o número e as qualificações dos profissionais necessários para prestar serviços clínicos aos pacientes, assim como funções não clínicas de apoio, e para desempenhar quaisquer responsabilidades de ensino ou outras responsabilidades do departamento. Os dirigentes de serviços e departamentos também auxiliam na tomada de decisões sobre profissionais a serem contratados. Assim, os padrões neste capítulo complementam os padrões da função de Governo, Liderança e Direção que descrevem as responsabilidades dos dirigentes de serviços ou departamentos.

Elementos de Mensuração de SQE.2

- ❑ 1. Existe um processo em curso para recrutar profissionais. (*ver também* GLD.3.5, EM 1)
- ❑ 2. Existe um processo em curso para avaliar as qualificações dos novos profissionais.
- ❑ 3. Existe um processo em curso para designar profissionais para o corpo funcional.
- ❑ 4. O processo é uniforme em toda a instituição.
- ❑ 5. O programa está implementado.

Padrão SQE.3

A instituição utiliza um processo definido para assegurar que os conhecimentos e as habilidades dos profissionais da área clínica estejam de acordo com as necessidades do paciente.

Propósito de SQE.3

Profissionais qualificados são contratados pela instituição por um processo que compatibiliza as exigências do cargo com as qualificações do futuro membro do corpo profissional. Este processo também garante que as qualificações dos profissionais são avaliadas na admissão e periodicamente, de acordo com as necessidades dos pacientes.

Para as categorias que não requerem descrição do cargo, ver processo descrito em SQE.9 a SQE.11.

Para profissionais de saúde que requerem descrição do cargo, o processo inclui:

- Uma avaliação inicial para garantir que o indivíduo pode de fato assumir aquelas responsabilidades incluídas na descrição do seu cargo. Esta avaliação é realizada antes ou no início de suas atividades de trabalho. A instituição pode ter um período probatório ou similar, durante o qual o novo profissional é supervisionado ou avaliado, ou o processo pode ser menos formal. Qualquer que seja o processo, a instituição garante que os profissionais que prestam serviços de alto risco, ou que atendem pacientes de alto risco são avaliados no momento em que começam a desempenhar suas atividades. Esta avaliação dos conhecimentos e habilidades necessárias e da atitude profissional desejada é executada pelo departamento ou serviço ao qual o profissional está vinculado.
- A instituição define então o processo e a freqüência das avaliações continuadas das habilidades dos profissionais.

A avaliação continuada garante que o treinamento ocorra quando necessário e que os membros do corpo profissional estejam aptos para assumir as novas responsabilidades ou mudanças em suas responsabilidades. Embora essa avaliação seja idealmente realizada de forma continuada, é requerida no mínimo uma avaliação anual, documentada, para cada profissional da área clínica com descrição de cargo (a avaliação dos profissionais com prática independente está descrita em SQE.11).

Elementos de Mensuração de SQE.3

- ❑ 1. A instituição utiliza um processo definido para garantir que os conhecimentos e habilidades dos profissionais da área clínica sejam compatíveis com as necessidades do paciente. (*ver também* COP.6, EM 4)
- ❑ 2. Os novos profissionais da área clínica são avaliados no momento em que começam a desempenhar suas responsabilidades de trabalho.
- ❑ 3. O departamento ou serviço para o qual o profissional é designado conduz a avaliação.
- ❑ 4. A instituição define a periodicidade da avaliação contínua dos profissionais da área clínica.
- ❑ 5. Existe no mínimo uma avaliação documentada dos profissionais da área clínica a cada ano ou com maior freqüência, conforme definido pela instituição.

Padrão SQE.4

A instituição utiliza um processo definido para garantir que os conhecimentos e habilidades dos profissionais que não são da área clínica sejam compatíveis com as necessidades do cargo.

Propósito de SQE.4

A instituição busca profissionais competentes que preencham os requisitos definidos para os postos de trabalho fora da área clínica. O supervisor orienta o profissional para as atribuições do cargo e assegura a compatibilidade das capacidades do trabalhador com as responsabilidades do cargo. O profissional recebe o nível adequado de supervisão e é periodicamente avaliado de modo a garantir que mantém a competência necessária para a posição assumida.

Elementos de Mensuração de SQE.4

- ❑ 1. A instituição utiliza um processo definido para garantir que os conhecimentos e habilidades dos profissionais que não são da área clínica sejam compatíveis com as exigências do cargo.
(*ver também* AOP.5.2, EMs 2 e 3; e AOP.6.3, EMs 2 e 3)
- ❑ 2. Os novos profissionais que não são da área clínica são avaliados no momento em que começam a desempenhar suas responsabilidades de trabalho.
- ❑ 3. O departamento ou serviço para o qual o profissional é designado conduz a avaliação.
- ❑ 4. A instituição define a periodicidade da avaliação contínua dos profissionais que não são da área clínica.
- ❑ 5. Existe no mínimo uma avaliação documentada dos profissionais que não são da área clínica a cada ano ou com maior freqüência, conforme definido pela instituição.

Padrão SQE.5

Existem informações documentadas sobre cada membro do corpo profissional.

Propósito de SQE.5

Cada membro do corpo profissional da instituição tem um prontuário(s) com informações sobre suas qualificações, resultados das avaliações e o histórico de seu trabalho. O processo e os registros necessários para os profissionais da área clínica, incluindo aqueles com permissão para prática independente, está descrito em SQE.9 para corpo médico, em SQE.12 para corpo de enfermagem e em SQE.15 para outros corpos profissionais. Os registros são padronizados e mantidos atualizados, de acordo com a política da instituição.

Elementos de Mensuração de SQE.5

- ❑ 1. A instituição mantém as informações funcionais de cada profissional.
- ❑ 2. Os prontuários funcionais contêm as qualificações dos membros do corpo profissional.
- ❑ 3. Os prontuários funcionais contêm a descrição do cargo dos membros do corpo profissional, quando aplicável.
- ❑ 4. Os prontuários funcionais contêm o histórico de trabalho de cada profissional.
- ❑ 5. Os prontuários funcionais contêm os resultados das avaliações.
- ❑ 6. Os prontuários funcionais contêm o registro das atividades de educação em serviço cumpridas pelos profissionais.
- ❑ 7. Os prontuários funcionais são padronizados e mantidos atualizados.

Padrão SQE.6

Existe um plano de contratação, desenvolvido de maneira colaborativa pelos líderes, que identifica o número, o perfil e as qualificações desejadas para os profissionais.

Padrão SQE.6.1

O plano é revisado de forma contínua e atualizado conforme necessário.

Propósito de SQE.6 e SQE.6.1

O preenchimento adequado das vagas é crítico para o cuidado ao paciente, assim como para todas as atividades de ensino e pesquisa nas quais a instituição esteja engajada. Esse planejamento da equipe é executado pelos líderes da instituição. O processo de planejamento utiliza métodos reconhecidos para determinação dos níveis funcionais. Por exemplo, um sistema baseado no perfil da clientela, que considere o volume, tipo e grau de complexidade e gravidade dos pacientes atendidos na instituição pode ser útil para determinar o número de enfermeiros com experiência em cuidados intensivos pediátricos, necessários para suprir uma unidade de cuidados intensivos pediátrica de dez leitos.

O plano está escrito e identifica o número e tipos de profissionais requeridos, assim como as habilidades, conhecimento e outros requisitos necessários em cada departamento e serviço. O plano define:

- o remanejamento de profissionais de um departamento ou serviço para outro, em resposta a mudanças relativas às necessidades do paciente ou à falta de pessoal;
- a consideração de pedidos de profissionais para serem remanejados, com base em valores culturais ou crenças religiosas; e
- a política e o procedimento para transferir responsabilidades de um profissional para outro (do médico para o enfermeiro, por exemplo), quando a responsabilidade não estiver mais no âmbito das responsabilidades daquele profissional.

O preenchimento planejado e concretizado das vagas é continuamente monitorado e o plano é atualizado conforme necessário. Quando monitorado no nível de um departamento ou serviço, existe um processo colaborativo entre os líderes da instituição para atualizar o plano como um todo.

Elementos de Mensuração de SQE.6

- ❑ 1. Existe um plano escrito para o preenchimento de vagas da instituição.
- ❑ 2. Os líderes desenvolvem o plano de forma colaborativa.
- ❑ 3. O número, tipo e qualificações desejadas dos profissionais estão definidos no plano, através da utilização de um método reconhecido de preenchimento de vagas. (*ver também* AOP.6.3, EM 5)
- ❑ 4. O plano define a designação e o remanejamento de profissionais.
- ❑ 5. O plano define a transferência de responsabilidade de um profissional para outro.

Elementos de Mensuração de SQE.6.1

- ❑ 1. A efetividade do plano de preenchimento de vagas é continuamente monitorada.
- ❑ 2. O plano é revisado e atualizado quando necessário.

Orientação e Educação

Padrão SQE.7

Todos os profissionais, sejam da área clínica ou não, são orientados quanto à instituição, quanto ao departamento ou unidade em que foram lotados e quanto às responsabilidades específicas de seus cargos, no momento em que são contratados.

Propósito de SQE.7

A decisão de contratar um profissional para a instituição coloca vários processos em cena. Para ter um bom desempenho, o novo profissional, independentemente de seu vínculo empregatício, deve conhecer toda a instituição e também compreender como suas responsabilidades específicas, clínicas ou não clínicas, contribuem para a missão da instituição. Isto é realizado através de uma orientação geral voltada para a instituição e para sua função ou cargo na instituição, e de uma orientação específica voltada para as responsabilidades do cargo que ocupa. A orientação inclui, conforme apropriado, o relato dos erros médicos, as práticas de prevenção e controle de infecção, as políticas institucionais referentes a solicitações de medicamentos por telefone e assim por diante. (*ver também* GLD.5.4, EMs 1 e 2; e PCI.11, EM 4)

Os profissionais contratados/terceirizados, voluntários e estudantes/*trainees* também são orientados quanto à instituição e quanto às suas tarefas ou responsabilidades específicas, tais como segurança do paciente e prevenção e controle de infecção.

Elementos de Mensuração de SQE.7

- ❑ 1. Os novos profissionais da área clínica e das demais áreas são orientados quanto à instituição, ao departamento ou unidade para onde está designado, às responsabilidades de seu cargo e quaisquer tarefas específicas.

- ❑ 2. Os profissionais contratados/terceirizados são orientados quanto à instituição, ao departamento ou unidade para onde está designado, às responsabilidades de seu cargo e quaisquer tarefas específicas.
- ❑ 3. Os voluntários são orientados quanto à instituição e suas responsabilidades.
- ❑ 4. Estudantes/*trainees* são orientados quanto à instituição e tem suas responsabilidades atribuídas.

Padrão SQE.8

Todos os profissionais recebem treinamento em serviço e outras formas de educação continuada para manter ou aprimorar suas habilidades e conhecimentos.

Propósito de SQE.8

A instituição coleta dados de várias fontes para identificar as necessidades educacionais dos seus profissionais. Os resultados do monitoramento da qualidade e segurança constituem uma dessas fontes de informação. Os dados do monitoramento do programa de gerenciamento das instalações, a introdução de novas tecnologias, habilidades e conhecimentos identificados através de avaliação de desempenho, novos procedimentos clínicos e planos futuros de oferta de novos serviços, constituem todos fontes de dados para esse fim. A instituição tem um processo para reunir e integrar dados dessas fontes para planejar o programa de educação dos profissionais. A instituição também determina quais profissionais, por exemplo, profissionais de saúde, são obrigados a ter educação continuada para manter suas credenciais, e como a educação desses profissionais será monitorada e documentada. (*ver também* GLD.3.5, EM 3)

Para manter um desempenho aceitável do corpo profissional e dar treinamento sobre novos equipamentos e procedimentos, a instituição fornece ou providencia instalações, educadores e tempo para educação em serviço ou outro tipo de treinamento. Essa educação é importante para todos os profissionais, assim como para a evolução contínua da instituição no atendimento às necessidades do paciente. Por exemplo, os profissionais do corpo médico podem receber treinamento sobre prevenção e controle de infecções, avanços da prática médica, ou novas tecnologias. Todos os treinamentos profissionais são documentados nas fichas funcionais.

Além disso, cada instituição desenvolve e mantém um programa de saúde e segurança apropriado para as necessidades de saúde dos profissionais e para as preocupações da instituição e do corpo profissional, com relação à segurança.

Elementos de Mensuração de SQE.8

- ❑ 1. A instituição utiliza várias fontes de dados e informações, incluindo os resultados do monitoramento da qualidade e segurança, para identificar as necessidades de educação dos profissionais.
- ❑ 2. Os programas de educação são planejados com base nesses dados e informações.
- ❑ 3. Os profissionais da instituição recebem educação e treinamento continuado em serviço. (*ver também* AOP.5.1, EM 6; e AOP.6.2 EM 7)
- ❑ 4. A educação é relevante para a competência de cada profissional em atender às necessidades do paciente e/ou exigências de educação continuada. (*ver também* AOP.5.1, EM 6; e AOP.6.2, EM 7)

Padrão SQE.8.1

Os profissionais que prestam cuidado ao paciente e outros profissionais identificados pela instituição são treinados e capazes de demonstrar competência adequada em técnicas de ressuscitação.

Propósito de SQE.8.1

Cada instituição define os profissionais a serem treinados em técnicas de ressuscitação e o nível de treinamento (básico ou avançado) apropriado para sua função na instituição.

O nível apropriado de treinamento para esses profissionais identificados é repetido com base nos requisitos e/ou prazos definidos por um programa de treinamento reconhecido, ou a cada dois anos, se o treinamento não for dado por um programa reconhecido. Existem evidências para demonstrar se cada profissional que participou do treinamento realmente atingiu o nível de competência desejado.

Elementos de Mensuração de SQE.8.1

- ❑ 1. A instituição identifica os profissionais que prestam cuidado ao paciente e outros profissionais que devem ser treinados no suporte à vida.
- ❑ 2. O nível apropriado de treinamento é oferecido na periodicidade suficiente para atender às necessidades dos profissionais.
- ❑ 3. Existem evidências para demonstrar se um profissional passou no treinamento.
- ❑ 4. O nível de treinamento desejável para cada indivíduo é repetido, com base nos requisitos e/ou prazos definidos por um programa de treinamento reconhecido, ou a cada dois anos, se o treinamento não for dado por um programa reconhecido.

Padrão SQE.8.2

A instituição proporciona o local e disponibiliza tempo para a educação e treinamento dos profissionais.

Propósito de SQE.8.2

Os líderes institucionais apóiam o compromisso com a educação continuada em serviço dos profissionais, ao proporcionar o espaço, o equipamento e o tempo para os programas de educação e treinamento. A disponibilidade de informações científicas atualizadas dá suporte à educação e ao treinamento.

A educação e o treinamento podem ser realizados em um local central ou em vários locais menores de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, em toda a instituição. A educação pode ser oferecida apenas uma vez para toda a equipe ou repetida para diferentes grupos de profissionais, para minimizar o impacto nas atividades de cuidado ao paciente.

Elementos de Mensuração de SQE.8.2

- ❑ 1. A instituição proporciona local e equipamento para a educação e treinamento em serviço dos profissionais.
- ❑ 2. A instituição proporciona tempo adequado para que todo o corpo profissional participe das oportunidades relevantes de treinamento e educação.

Padrão SQE.8.3

Quando o hospital sedia atividades de ensino, esta prática é orientada por parâmetros educacionais definidos pelo programa acadêmico patrocinador.

Propósito de SQE.8.3

As instituições de saúde freqüentemente sediam atividades de ensino para estudantes de Medicina, Enfermagem e de outras áreas. Quando a instituição participa de programas de treinamento como esses, toma as seguintes providências:

- Estabelece um mecanismo (s) para supervisão do programa (s);
- Obtém e aceita os parâmetros do programa acadêmico patrocinador;
- Tem um registro completo de todos os indivíduos em treinamento na instituição;
- Possui os documentos referentes às matrículas, licenças ou certificações alcançadas, e classificação acadêmica dos indivíduos em treinamento;
- Identifica e fornece o nível adequado de supervisão para cada tipo e nível de indivíduo em treinamento; e
- Integra os indivíduos em treinamento aos programas de orientação, qualidade, segurança do paciente, prevenção e controle de infecções e outros programas da instituição.

Elementos de Mensuração de SQE.8.3

- ❑ 1. A instituição tem um mecanismo (s) para supervisão do programa (s) de treinamento.
- ❑ 2. A instituição obtém e aceita os parâmetros do programa acadêmico patrocinador.
- ❑ 3. A instituição tem um registro completo de todos os indivíduos em treinamento em suas instalações.
- ❑ 4. A instituição possui os documentos referentes às matrículas, licenças e certificações alcançadas, e classificação acadêmica dos indivíduos em treinamento.
- ❑ 5. A instituição identifica e fornece o nível adequado de supervisão para cada tipo e nível de indivíduo em treinamento.
- ❑ 6. A instituição integra os indivíduos em treinamento aos seus programas de orientação, qualidade, segurança do paciente, prevenção e controle de infecções e outros programas.

Padrão SQE.8.4

A instituição tem um programa de saúde e segurança dos profissionais.

Propósito de SQE.8.4

A saúde e segurança dos profissionais de uma instituição são importantes para manter a saúde, satisfação e produtividade desses profissionais. A segurança dos profissionais faz parte do programa institucional de qualidade e segurança do paciente. A forma como a instituição orienta e treina os seus profissionais, mantém um ambiente de trabalho seguro, mantém os equipamentos biomédicos e outros necessários, previne ou controla infecções associadas ao cuidado, e muitos outros fatores, são determinantes da saúde e bem-estar dos profissionais. (*ver também* PCI.5.1, EM 2)

O programa de saúde e segurança dos profissionais pode estar situado dentro da instituição ou ser integrado a programas externos. Qualquer que seja a estrutura do programa e o tipo de contrato, os profissionais sabem como relatar e receber tratamento para acidentes com materiais perfuro-cortantes, exposição a doenças infecciosas, identificação de riscos e condições perigosas na instituição e outros aspectos relacionados à saúde e segurança. O programa também pode fazer a avaliação inicial da saúde dos profissionais, exames preventivos e imunizações, tratamento para condições comumente relacionadas ao trabalho, tais como lesões nas costas, ou outras lesões mais urgentes.

O desenho do programa inclui as opiniões dos profissionais e é feito de acordo com os recursos clínicos da instituição e da comunidade.

Elementos de Mensuração de SQE.8.4

- ❑ 1. Os líderes e profissionais da instituição planejam o programa de saúde e segurança.
- ❑ 2. O programa responde às necessidades dos profissionais, urgentes ou não, através de tratamento direto e referência.
- ❑ 3. Os dados do programa são informados ao programa de qualidade e segurança.
- ❑ 4. Existe uma política de fornecimento de vacinações e imunizações aos profissionais.
- ❑ 5. Existe uma política para avaliação, aconselhamento e acompanhamento dos profissionais expostos a doenças infecciosas, que é coordenada com o programa de prevenção e controle de infecções.
(*ver também* PCI.5, EM 2)

Corpo Médico
Determinação dos Membros do Corpo Médico

Padrão SQE.9

A instituição tem um processo eficaz para reunir, verificar e avaliar as credenciais (licença, formação, treinamento, competência e experiência) de seu corpo médico habilitado a cuidar do paciente sem supervisão.

Padrão SQE.9.1

A liderança toma uma decisão informada referente à renovação da permissão para cada membro do corpo médico para continuar a prestar cuidados aos pacientes, no mínimo a cada três anos.

Propósito de SQE.9 e SQE.9.1

O corpo médico é constituído por todos os médicos, dentistas e outros profissionais licenciados para prática independente (sem supervisão) e que prestam serviços médicos, cirúrgicos, de reabilitação, ou odontológicos aos pacientes, ou que prestam aos pacientes serviços interpretativos, tais como patologia, radiologia ou laboratório, independentemente do fato de esses indivíduos serem indicados, contratados, empregados, ou terem outro tipo de acordo com a instituição para prestar esses serviços. Esses indivíduos são os principais responsáveis pelo cuidado ao paciente e pelos resultados desse cuidado. Assim, a instituição tem o nível mais alto de responsabilidade em assegurar que esses profissionais estejam qualificados para prestar cuidado e tratamento seguros e eficazes aos pacientes.

A instituição assume esta responsabilidade:

- Conhecendo as leis e regulamentos que autorizam os profissionais para a prática independente e confirmando que a instituição também permitirá que esses profissionais trabalhem de forma independente na instituição.
- Reunindo todas as credenciais disponíveis dos prestadores de cuidado, pelo menos evidências de formação e treinamento, licenças atualizadas, evidências de competências atualizadas, através de informações de outras instituições onde o profissional já atuou, e ainda cartas de recomendação e/ou outras informações que a instituição possa requerer, como histórico de saúde, fotos, e outras; e
- Verificações de informações essenciais como registro ou licença atualizada, principalmente quando esses documentos são periodicamente renovados, e quaisquer certificações e evidências de cursos de pós-graduação concluídos.

A instituição deve envidar todos os esforços para verificar as informações essenciais, mesmo quando a formação se deu em outro país e há muito tempo atrás. Páginas eletrônicas seguras, confirmações telefônicas com a fonte, documentadas, confirmações por escrito e ainda organismos oficiais governamentais ou não-governamentais com esse propósito podem ser usadas.

As três seguintes situações são consideradas substitutos aceitáveis para verificação de credenciais na fonte primária:

1. Aplicável a hospitais ligados diretamente a órgãos governamentais, o processo governamental de verificação, sustentado pela disponibilidade de regulamentos governamentais claros sobre verificação na fonte primária, mais a licença governamental e a concessão de um *status* específico (por exemplo: parecerista, especialista e outros) aceitável.
2. Aplicável a todos os hospitais: quando a verificação na fonte primária da documentação do candidato já tiver sido feita por um hospital afiliado, com acreditação vigente pela Joint Commission International (JCI), com pontuação "totalmente conforme" no padrão SQE.9, EM 2.
3. Aplicável a todos os hospitais, quando as credenciais foram verificadas por uma terceira parte independente, como uma agência governamental ou não governamental, desde que se verifiquem as seguintes condições: qualquer hospital que fundamente suas decisões, em parte, nas informações fornecidas por um organismo governamental ou não governamental com essa competência, deve ter confiança na completitude, precisão

e atualização dessas informações. Para atingir este nível de confiança nas informações prestadas, o hospital deverá avaliar a agência que disponibiliza as informações, inicialmente e depois periodicamente, se necessário. Entre os princípios desta avaliação, incluem-se os seguintes:

- A agência informa ao usuário quais dados e informações é capaz de fornecer.
- A agência fornece ao usuário documentação descritiva sobre os seus processos de coleta de dados, informação e verificação.
- A agência e o usuário estabelecem um acordo quanto ao formato a ser utilizado para transmissão de informações sobre as credenciais dos profissionais.
- O usuário pode discernir com facilidade entre as informações transmitidas pela agência, as que são de fonte primária daquelas que não são.
- Quando a agência fornece informações que podem se tornar desatualizadas, as informações transmitidas contêm a data da última atualização pela fonte primária.
- A agência certifica que as informações transmitidas ao usuário representam precisamente as informações obtidas por ela.
- O usuário pode discernir se as informações transmitidas representam toda a informação de que a agência dispõe e, caso contrário, onde informações adicionais podem ser obtidas.
- Quando necessário, o usuário pode recorrer aos processos de controle de qualidade da agência para resolver questões sobre erros de transmissão, inconsistências, ou outras questões referentes a dados, que podem ser identificadas de tempos em tempos.
- O usuário tem um acordo formal com a agência para comunicação de quaisquer mudanças nas informações referentes às credenciais.

A conformidade com os padrões requer que a verificação das credenciais do individuo seja feita na fonte primária. O processo pode ser introduzido em etapas, sendo exigido para todos os profissionais novos na instituição, ou seja, que iniciaram suas atividades quatro meses antes da primeira acreditação (acreditação inicial). Todos os outros profissionais devem ter suas credenciais verificadas na fonte quando da avaliação trienal.

Isto é alcançado ao longo do período de três anos, de acordo com um plano que prioriza a verificação das credenciais dos profissionais que prestam serviços de alto risco.

Nota: Isto se refere apenas à "verificação" das credenciais. Todos os profissionais do Corpo Médico devem ter suas credenciais reunidas, analisadas e os privilégios determinados. Não cabe neste caso o cumprimento dos requisitos por etapas. (Ver também SQE.9, EM 3)

Quando a verificação não é possível, por exemplo, quando ocorre perda de registros em função de um desastre, isto é documentado.

A instituição reúne e mantém um arquivo com as credenciais de todos os profissionais. O processo se aplica a todos os tipos e níveis de profissionais (empregados, honorários, contratados e particulares).

A instituição revê as fichas de todos os membros do corpo médico, quando de seu ingresso na instituição e pelo menos a cada três anos, para garantir que esses profissionais estão com suas licenças atualizadas, que não sofreram ações disciplinares por órgãos responsáveis pela concessão de licenças ou certificações, que têm documentação suficiente para pleitear novos privilégios ou novas atribuições na instituição, e que estão física e mentalmente capazes de prestar assistência aos pacientes sem supervisão. A política institucional define os indivíduos ou mecanismos responsáveis por esta análise, todos os critérios usados para tomar decisões e como as decisões serão documentadas.

Elementos de Mensuração de SQE.9

- ❑ 1. Os profissionais autorizados por leis, regulamentos e pela instituição a prestar cuidados ao paciente sem supervisão são identificados.
- ❑ 2. A instituição faz cópias das credenciais requeridas (formação, licença, registro e outras) pelos regulamentos e pela política institucional, para cada membro do corpo médico e as mantém no seu prontuário funcional ou em um arquivo separado, específico para credenciais, para cada profissional.

- ❑ 3. Todas as credenciais (formação, licença, registro e outros) são verificadas na fonte que expediu a credencial, antes de o indivíduo começar a prestar serviços a ou para os pacientes.
- ❑ 4. Todas as credenciais do arquivo (formação, licença, registro e outros) estão vigentes e são atualizadas quando requerido.
- ❑ 5. Quando do ingresso na instituição, uma determinação informada é feita sobre a qualificação atual do profissional para prestar assistência ao paciente.

Elementos de Mensuração de SQE.9.1

- ❑ 1. A política institucional descreve o processo para revisão do prontuário funcional de cada membro do corpo médico, a intervalos regulares de no máximo três anos.
- ❑ 2. Indivíduos designados tomam a decisão oficial de renovar a permissão para cada membro do corpo médico continuar a prestar cuidado aos pacientes na instituição.
- ❑ 3. A decisão da renovação está documentada no arquivo das credenciais do profissional.

Corpo Médico
A Outorga de Privilégios Clínicos

Padrão SQE.10

A instituição tem um procedimento padrão, objetivo, baseado em evidências, para autorizar os membros do corpo médico a admitir e tratar pacientes, e a prestar outros serviços clínicos, de acordo com suas qualificações.

Propósito de SQE.10

A determinação da competência clínica atual e a tomada de decisão sobre quais serviços clínicos cada membro do corpo médico está autorizado a prestar, geralmente denominado “concessão de privilégios”, é a determinação mais crítica que uma instituição pode fazer para proteger a segurança dos pacientes e melhorar a qualidade dos seus serviços clínicos.

As decisões de outorga de privilégios são tomadas da seguinte forma:

1. A instituição escolhe um processo padronizado para identificar quais serviços clínicos serão prestados por cada indivíduo. No momento do ingresso do profissional na instituição, as credenciais identificadas no padrão SQE.9 serão a base da determinação dos privilégios. Se disponíveis, também são consideradas cartas de recomendação de lugares onde o indivíduo tenha exercido a sua prática profissional previamente, de colegas de profissão, distinções e outras fontes de informação.
2. Na revisão, a cada três anos, a instituição procurará e utilizará informações sobre as seguintes áreas de competências gerais dos prestadores de cuidados clínicos:
   a) *Cuidado ao paciente* – o profissional presta cuidados com compaixão, de forma apropriada e efetiva para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento de doenças e assistência no final da vida.
   b) *Conhecimento médico/clínico* – no que se refere ao conhecimento biomédico, clínico e das ciências sociais, já estabelecido e em evolução, e à aplicação desse conhecimento ao cuidado ao paciente e à educação de outros.
   c) A*prendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática* – utilizando evidências e métodos científicos para investigar, avaliar e melhorar as práticas assistenciais.
   d) *Capacidade de comunicação interpessoal* – que os habilita a estabelecer e manter relações profissionais com os pacientes e seus familiares e com outros membros das equipes assistenciais.
   e) *Profissionalismo* – evidenciado no compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo, prática ética, compreensão e sensibilidade em relação à diversidade e atitude responsável para com os pacientes, sua profissão e a sociedade.
   f) *Práticas baseadas em sistemas* – através do conhecimento sobre os contextos e sistemas nos quais o cuidado é prestado.

Existe um procedimento padrão, objetivo e baseado em evidências, para transformar todas essas informações em uma decisão relativa aos privilégios que serão conferidos a um prestador. O procedimento está documentado nas políticas e é cumprido. Os líderes do corpo médico são capazes de demonstrar como o processo foi efetivo no processo da decisão inicial e no processo da renovação.

Uma vez concedidos ou renovados, os privilégios clínicos ficam disponíveis em papel, meio eletrônico ou outros meios para os indivíduos que trabalham nos locais (por exemplo, centro cirúrgico, emergência) onde o profissional do corpo médico irá exercer suas atividades). Esta informação ajudará a garantir que os profissionais do corpo médico exercem sua prática dentro dos limites de sua competência e de acordo com os privilégios autorizados. Essa informação é periodicamente atualizada.

Elementos de Mensuração de SQE.10

- ❑ 1. A instituição utiliza um processo padrão, documentado na política institucional, para conceder privilégios a cada membro do corpo médico para prestar serviços, quando de seu ingresso na instituição e nas renovações. (*ver também* AOP.3, EM 5; e MMU.4.2, EM 2)
- ❑ 2. A decisão de renovar os privilégios outorgados é orientada pelos itens a) até f) citados no propósito deste padrão e pelos resultados da análise anual de desempenho do profissional.
- ❑ 3. Os serviços a serem prestados por cada profissional são claramente delineados e divulgados pelos líderes na instituição, e comunicados ao profissional membro do corpo médico.
- ❑ 4. Todos os membros do corpo médico prestam exclusivamente os serviços que lhes foram especificamente permitidos pela instituição.

Corpo Médico
Monitoramento e Avaliação Contínuos dos Membros

Padrão SQE.11

A instituição utiliza um processo padrão contínuo para avaliar a qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes, por cada membro do corpo médico.

Propósito de SQE.11

Existe um processo padrão, com periodicidade no mínimo anual, para coleta de dados relevantes sobre cada profissional e avaliação pelo chefe do departamento correspondente ou pela comissão de avaliação do corpo médico. Uma avaliação como esta possibilita à instituição identificar tendências da prática profissional com impacto na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Os critérios utilizados na avaliação contínua da prática profissional incluem, mas não estão restritos aos seguintes aspectos:

- Revisão dos procedimentos cirúrgicos e de outros procedimentos clínicos realizados, assim como de seus resultados;
- Padrão de uso de sangue e outros produtos farmacêuticos;
- Requisições de exames e procedimentos;
- Padrão de tempos de permanência;
- Dados de morbidade e mortalidade;
- Utilização de pareceres e consultas a especialistas;
- Outros critérios relevantes determinados pela instituição.

Essas informações podem ser obtidas através de:

- Revisão periódica dos prontuários;
- Observação direta;
- Monitoramento das técnicas de diagnóstico e tratamento;
- Monitoramento da qualidade relativa aos aspectos clínicos;
- Discussão entre pares e com outros profissionais.

A avaliação das atividades dos profissionais seniores e dos chefes de departamentos é realizada por uma autoridade adequada, interna ou externa à instituição.

O processo de avaliação contínua da prática profissional é objetivo e baseado em evidências. O resultado do processo de avaliação pode ser: nenhuma mudança nas responsabilidades dos profissionais, expansão dessas responsabilidades, limitação das responsabilidades, um período de aconselhamento e supervisão ou outra ação apropriada. A qualquer momento do ano, em que surjam evidências de práticas questionáveis ou inadequadas, uma análise é feita e medidas apropriadas são tomadas. Os resultados das avaliações, as medidas tomadas e qualquer impacto nos privilégios são documentados nas credenciais dos membros do corpo médico ou em qualquer outro arquivo.

Elementos de Mensuração de SQE.11

- ❑ 1. Existe uma avaliação contínua da prática profissional de cada membro do corpo médico, referente à qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes, que é revisada e comunicada ao profissional, pelo menos uma vez por ano. (*ver também* QPS.1.1, EM 1)
- ❑ 2. A avaliação contínua da prática profissional e a revisão anual de cada membro do corpo médico são realizadas através de um processo uniforme, estabelecido pela política institucional.
- ❑ 3. A avaliação considera e utiliza dados comparativos, de forma proativa, por exemplo, através de comparação (*benchmarking*) com a literatura médica.
- ❑ 4. A avaliação considera e utiliza as conclusões de análises aprofundadas sobre complicações conhecidas, conforme aplicável (*ver também* QPS.5, QPS.6, GLD.3.4, EM 3)
- ❑ 5. As informações relativas ao processo de avaliação da prática profissional estão documentadas no prontuário funcional do profissional do corpo médico e em outros arquivos pertinentes.

Corpo de Enfermagem

Padrão SQE.12

A instituição tem um processo efetivo para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos profissionais do corpo de enfermagem (licença, formação, treinamento e experiência).

Propósito de SQE.12

A instituição precisa garantir que tem um corpo de enfermagem qualificado que corresponde de maneira adequada à missão, aos recursos e às necessidades do paciente. O corpo de enfermagem tem a responsabilidade de prestar cuidado direto ao paciente. Além disso, os cuidados de enfermagem contribuem para os resultados globais do paciente. A instituição deve assegurar que os enfermeiros estão qualificados para prestar cuidados de enfermagem e deve especificar os tipos de cuidado que eles têm permissão para prestar, caso isto não esteja identificado nas leis e regulamentos. A instituição assegura que todos os enfermeiros são qualificados para prestar cuidados e tratamentos seguros e eficazes aos pacientes, através de:

- Conhecimento das leis e regulamentos aplicáveis aos profissionais de enfermagem e à prática de enfermagem;
- Coleta de todas as credenciais disponíveis para cada enfermeiro, incluindo, pelo menos:
  - — Evidências de formação e treinamento;
  - — Evidências de licença atualizada;
  - — Evidências de competências atualizadas, através de informações de outras instituições onde o enfermeiro já trabalhou; e ainda
  - — Cartas de recomendação e/ou outras informações que a instituição possa requerer, como histórico de saúde, fotos, etc.;
- Verificação de informações essenciais como registro ou licença atualizada, principalmente quando esses documentos são periodicamente renovados, e quaisquer certificações e evidências de formação especializada ou avançada.

A instituição envida todos os esforços para verificar as informações essenciais, mesmo quando a formação se deu em outro país e há muito tempo atrás. Páginas eletrônicas seguras, confirmações na fonte por telefone documentadas, confirmações por escrito e de terceiros, tais como agências oficiais governamentais ou não-governamentais podem ser utilizadas.

As situações descritas para o corpo médico no propósito de SQE.9 são consideradas substitutos aceitáveis para verificação, na fonte primária, das credenciais de enfermagem.

A conformidade com os padrões requer a verificação na fonte primária nas seguintes situações:

- Novos profissionais iniciando suas atividades quatro meses antes da primeira acreditação (acreditação inicial); e
- Profissionais que já atuam na instituição por um período de três anos para garantir que a verificação foi realizada na avaliação trienal anterior. Isto é realizado de acordo com um plano que prioriza a verificação das credenciais dos enfermeiros que prestam serviços de alto risco, como centro cirúrgico, emergência, ou unidade de tratamento intensivo.

Quando a verificação não é possível, por exemplo, quando ocorre perda de registros em função de um desastre, a ocorrência é documentada.

A instituição tem um processo para garantir que as credenciais de todos os enfermeiros contratados também foram reunidas e revisadas para assegurar a competência clínica, antes da contratação.

A instituição reúne e mantém um arquivo com as credenciais de cada enfermeiro. Os arquivos contêm as licenças atualizadas, quando os regulamentos requerem renovações periódicas. Existe documentação dos treinamentos relativos a todas as competências adicionais.

Elementos de Mensuração de SQE.12

❑ 1. A instituição tem um processo padrão para reunir as credenciais de todos os membros do corpo de enfermagem.
❑ 2. As licenças, formação, treinamento e experiência estão documentados.
❑ 3. Essas informações são verificadas na fonte original de acordo com os parâmetros do propósito de SQE.9.
❑ 4. Existe um arquivo com as credenciais de cada membro do corpo de enfermagem.
❑ 5. A instituição tem um processo para garantir que as credenciais dos enfermeiros estão válidas e completas antes de sua contratação.
❑ 6. A instituição tem um processo para assegurar que os enfermeiros que não são empregados da instituição, mas acompanham os médicos particulares e prestam serviços aos pacientes da instituição, têm credenciais válidas.

Padrão SQE.13

A instituição tem um processo padrão para definir as responsabilidades do cargo e as atribuições, com base nas credenciais dos membros do corpo de enfermagem e de acordo com todas as exigências regulamentais.

Propósito de SQE.13

A análise das qualificações dos membros do corpo de enfermagem fundamenta a atribuição de suas responsabilidades e atividades relativas ao cuidado ao paciente. Essas responsabilidades podem constar de uma descrição de cargo ou estar descritas de outras formas ou em outros documentos. As designações estão de acordo com todas as leis e regulamentos pertinentes às responsabilidades dos profissionais de enfermagem e à prática clínica. (*ver também* MMU.6, EM 3)

Elementos de Mensuração de SQE.13

❑ 1. As definições de atribuições dos membros do corpo de enfermagem estão fundamentadas em suas licenças, formação, treinamento e experiência.
❑ 2. O processo leva em consideração as leis e regulamentos pertinentes.

Padrão SQE.14

A instituição tem um processo padrão para a participação dos profissionais de enfermagem nas atividades de melhoria de qualidade da instituição, inclusive na avaliação do desempenho individual, quando indicado.

Propósito de SQE.14

O papel essencialmente clínico dos profissionais de enfermagem exige que eles participem ativamente do programa de melhoria da qualidade da instituição. A qualquer momento durante o monitoramento, avaliação e melhoria do desempenho da qualidade clínica, se o desempenho de um profissional do corpo de enfermagem estiver em questão, a instituição tem um processo para avaliar o desempenho deste indivíduo. Os resultados das avaliações, medidas tomadas, e qualquer impacto nas responsabilidades profissionais são documentados nas credenciais do profissional de enfermagem ou outro arquivo.

Elementos de Mensuração de SQE.14

- ❑ 1. Os profissionais de enfermagem participam das atividades de melhoria de qualidade da instituição. (*ver também* QPS.1.1, EM 1)
- ❑ 2. O desempenho individual dos membros do corpo de enfermagem é analisado quando indicado pelos resultados das atividades de melhoria de qualidade.
- ❑ 3. As informações apropriadas resultantes do processo de avaliação são documentadas nas credenciais do enfermeiro ou em outro arquivo.

Outros Profissionais de Saúde

Padrão SQE.15

A instituição tem um procedimento padrão para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos outros profissionais de saúde (licença, formação, treinamento e experiência).

Propósito de SQE.15

As instituições de saúde empregam ou permitem que uma variedade de outros profissionais de saúde prestem cuidados e serviços aos seus pacientes ou participem do processo de cuidado. Estão incluídos nesse processo, por exemplo, parteiras, assistentes cirúrgicos, especialistas em cuidados médicos de emergência, farmacêuticos e técnicos de farmácia. Em certos países ou culturas, esse grupo inclui também curandeiros ou prestadores de cuidados considerados complementares ou alternativos à prática médica tradicional (por exemplo, acupuntura, medicina herbal). Em geral, esses indivíduos não exercem sua prática na instituição, mas referem pacientes ou acompanham os pacientes na comunidade, após a alta. Muitos desses profissionais têm treinamento formal e recebem certificados, licenças ou são registrados em órgãos locais ou nacionais. Outros concluem programas menos formais de aprendizado ou outras experiências sob supervisão.

A instituição de saúde é responsável por reunir e verificar as credenciais desses outros profissionais de saúde com permissão para atuar na instituição. A instituição deve assegurar que esses profissionais são qualificados para prestar cuidados e tratamentos e deve também especificar os tipos de cuidados e tratamentos autorizados, quando não identificados nas leis e regulamentos. A instituição assegura que os outros profissionais de saúde são qualificados para prestar cuidados e tratamentos seguros e eficazes aos pacientes, através de:

- Conhecimento das leis e regulamentos aplicáveis a esses profissionais;
- Coleta de todas as credenciais disponíveis para cada profissional, incluindo, pelo menos, evidências de formação e treinamento, evidências de licença ou certificação atualizada, quando exigido; e
- verificação de informações essenciais e atualizadas, como: registro, licença ou certificação.

A instituição precisa envidar todos os esforços para verificar as informações essenciais, pertinentes às responsabilidades pretendidas pelo indivíduo, mesmo quando a formação se deu em outro país e há muito tempo atrás. Páginas eletrônicas seguras, confirmações telefônicas documentadas na fonte, confirmações por escrito e de terceiros, tais como agências oficiais governamentais ou não-governamentais podem ser utilizadas.

As situações descritas para o corpo médico em SQE.9 são consideradas substitutos aceitáveis para verificação, na fonte primária, das credenciais desses outros profissionais de saúde.

A conformidade com os padrões requer que seja realizada a verificação na fonte primária para:

- Novos profissionais iniciando suas atividades quatro meses antes da primeira acreditação (acreditação inicial); e
- Profissionais que já atuam na instituição por um período de três anos para garantir que a verificação tenha sido realizada na avaliação trienal.

Quando não é exigido um processo formal de educação, licença, ou processo de registro, ou outras evidências de competência, isto é documentado no prontuário do indivíduo. Quando a verificação não é possível, por exemplo, quando ocorre perda de registros em função de um desastre, a ocorrência é documentada no prontuário do indivíduo.

A instituição reúne e mantém um arquivo com as credenciais de cada profissional de saúde. Os arquivos contêm as licenças ou registros atualizados, quando os regulamentos requerem renovações periódicas.

Elementos de Mensuração de SQE.15

❑ 1. A instituição tem um processo padrão para reunir as credenciais de todos os profissionais de saúde.
❑ 2. As licenças, formação, treinamento e experiência são documentados, quando pertinente.
❑ 3. Essas informações são verificadas na fonte original de acordo com os parâmetros do propósito de SQE.9.
❑ 4. Existe um arquivo com as credenciais de cada profissional de saúde.
❑ 5. O arquivo contém cópias de todas as licenças, certificações ou registros exigidos.
❑ 6. A instituição tem um processo para assegurar que outros profissionais, que não são empregados da instituição, mas acompanham os médicos particulares e prestam serviços aos pacientes da instituição, têm credenciais válidas e comparáveis aos requisitos institucionais.

Padrão SQE.16

A instituição tem um procedimento padrão para definir as responsabilidades e as atribuições dos outros profissionais de saúde, com base nas suas credenciais e de acordo com todas as exigências regulatórias.

Padrão SQE.17

A instituição tem um processo efetivo para a participação dos outros profissionais de saúde nas atividades de melhoria de qualidade da instituição.

Propósito de SQE.16 e SQE.17

A instituição é responsável por definir os tipos de atividades ou espectro de serviços que esses indivíduos irão prestar na instituição. Isto pode ser feito através de acordos, atribuições de trabalho, descrição dos cargos, ou outros métodos. Além disso, a instituição define o nível de supervisão (de acordo com as leis e regulamentos existentes), se for o caso, para esses profissionais.

Esses outros profissionais de saúde estão incluídos no programa institucional de gerenciamento e melhoria de qualidade.

Elementos de Mensuração de SQE.16

- ❑ 1. As definições de atribuições dos membros da equipe de outros profissionais de saúde estão fundamentadas em suas licenças, formação, treinamento e experiência.
- ❑ 2. O processo leva em consideração as leis e regulamentos pertinentes.

Elementos de Mensuração de SQE.17

- ❑ 1. Os outros profissionais de saúde participam das atividades de melhoria de qualidade da instituição. (*ver também* QPS.1.1, EM 1)
- ❑ 2. O desempenho individual dos outros profissionais de saúde é analisado em função dos resultados das atividades de melhoria de qualidade.
- ❑ 3. As informações apropriadas resultantes do processo de análise são documentadas nas credenciais dos profissionais de saúde ou em outro arquivo.

Gerenciamento da Comunicação e Informação (MCI)

Apresentação

O cuidado ao paciente é um empreendimento complexo, altamente dependente da comunicação das informações. Essa comunicação é com e para a comunidade, pacientes e seus familiares, e outros profissionais de saúde. As falhas de comunicação estão entre as causas raízes mais comuns dos incidentes relacionados à segurança do paciente.

Para coordenar, integrar e prestar serviços, as instituições de saúde dependem de informação científica, informação sobre os pacientes, sobre os cuidados prestados, os resultados do cuidado, e sobre o seu próprio desempenho. Da mesma forma que os recursos humanos, materiais e financeiros, a informação é um recurso que deve ser gerenciado pelos líderes da instituição de maneira eficaz. Toda instituição procura obter, gerenciar e utilizar a informação para melhorar os resultados do cuidado ao paciente, bem como o seu desempenho global.

Ao longo do tempo, as instituições tornam-se mais eficazes em:

- identificar as necessidades de informação;
- elaborar um sistema de gerenciamento de informação;
- definir e coletar dados e informações;
- analisar e transformar dados em informações;
- transmitir e divulgar dados e informações; e
- integrar e utilizar informações.

Embora a informatização e outras tecnologias melhorem a eficiência, os princípios do bom gerenciamento de informações aplicam-se a todos os métodos, sejam eles baseados em papel ou eletrônicos. Esses padrões são elaborados para serem compatíveis com sistemas não-informatizados e com tecnologias futuras.

Padrões

Esta é a lista de todos os padrões para esta função, aqui apresentados para sua conveniência, sem os propósitos e elementos de mensuração. Informações detalhadas sobre os padrões podem ser encontradas na próxima seção deste capítulo: “Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração”.

Comunicação com a Comunidade

MCI.1 A instituição se comunica com sua comunidade para facilitar o acesso ao cuidado, e o acesso às informações sobre os serviços que oferece em termos de cuidado ao paciente.

Comunicação com Pacientes e Familiares

MCI.2 A instituição informa aos pacientes e seus familiares os seus cuidados e serviços, e como ter acesso a esses serviços.

MCI.3 A comunicação e educação são fornecidas aos pacientes e seus familiares em formato e linguagem compreensíveis.

Comunicação entre Profissionais Dentro e Fora da Instituição

MCI.4 A comunicação é eficaz em toda a instituição.

MCI.5 Os líderes asseguram a comunicação e coordenação efetivas entre os indivíduos e departamentos responsáveis pelos serviços clínicos.

MCI.6 As informações sobre o cuidado ao paciente e a resposta ao cuidado são comunicadas aos médicos, enfermeiros e outros prestadores de cuidado, em todos os turnos e entre os turnos.

MCI.7 O prontuário (s) do paciente está disponível para os prestadores de cuidado, para facilitar a comunicação das informações essenciais.

MCI.8 As informações sobre o paciente são transferidas junto com ele.

Liderança e Planejamento

MCI.9 A instituição planeja e elabora processos de gerenciamento da informação para atender às necessidades de informação internas e externas à instituição.

MCI.10 A privacidade e a confidencialidade da informação são preservadas.

MCI.11 A segurança da informação, incluindo a integridade dos dados, é preservada.

MCI.12 A instituição tem uma política para o período de arquivamento de prontuários, dados e informações.

MCI.13 A instituição utiliza códigos padronizados de diagnósticos e procedimentos, símbolos, abreviações e definições.

MCI.14 As necessidades de dados e informações, dentro e fora da instituição, são atendidas oportunamente, em um formato que satisfaz as expectativas dos usuários e com a freqüência desejada.

MCI.15 Profissionais clínicos e gerenciais apropriados participam da seleção, incorporação e uso de tecnologias de gerenciamento da informação.

MCI.16 Os prontuários e as informações são protegidos contra perda, destruição, adulterações e acesso ou uso não autorizado.

MCI.17 Os tomadores de decisão e outros profissionais apropriados são educados e treinados em princípios de gerenciamento da informação.

MCI.18 Existe uma política ou protocolo escrito que define as exigências para o desenvolvimento e manutenção de políticas e procedimentos internos, e um processo para gerenciar as políticas e procedimentos externos.

Prontuário Clínico do Paciente

MCI.19 A instituição inicia e mantém um prontuário clínico para todos os pacientes avaliados ou tratados.

MCI.19.1 O prontuário clínico contém informações suficientes para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento, documentar a evolução e os resultados do tratamento e promover a continuidade do cuidado entre os diversos prestadores de cuidados de saúde.

MCI.19.1.1 O prontuário clínico de todos os pacientes que estejam recebendo cuidados de emergência inclui o horário de chegada, as conclusões ao final do tratamento, a condição do paciente na alta e as instruções para continuidade do cuidado.

MCI.19.2 A política da instituição identifica as pessoas autorizadas a fazer anotações no prontuário clínico do paciente e define o formato e o conteúdo do prontuário.

MCI.19.3 Cada anotação feita no prontuário clínico do paciente identifica o seu autor e quando a anotação foi feita no prontuário.

MCI.19.4 Como parte das atividades de melhoria de desempenho, a instituição avalia regularmente o conteúdo e a completitude do prontuário clínico do paciente.

Dados e Informações Agregadas

MCI.20 Os dados e informações agregadas dão suporte ao cuidado ao paciente, ao gerenciamento da instituição e ao programa de gerenciamento de qualidade.

MCI.20.1 A instituição tem um processo para agregar dados e determinou quais dados e informações devem ser regularmente agregados para atender às necessidades dos profissionais das áreas clínicas e gerenciais na instituição e das agências externas à instituição.

MCI.20.2 A instituição tem um processo para utilizar ou participar de bancos de dados externos.

MCI.21 A instituição apoia o cuidado ao paciente, a educação, a pesquisa e o gerenciamento com informações oportunas de fontes atualizadas.

Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

Comunicação com a Comunidade

Padrão MCI.1

A instituição se comunica com sua comunidade para facilitar o acesso ao cuidado, e o acesso às informações sobre os serviços que oferece em termos de cuidado ao paciente.

Propósito de MCI.1

A instituição define sua comunidade e sua população de pacientes e planeja a comunicação permanente com esses grupos. A comunicação pode ser dirigida diretamente aos pacientes ou através de outros meios de comunicação com o público (mídia), assim como através de agências na comunidade ou através de terceiros. Os tipos de informações comunicadas incluem:

- informação sobre os serviços, horários de funcionamento e processo para obtenção do cuidado; e
- informação sobre a qualidade dos serviços oferecidos ao público e às fontes de referência.

Elementos de Mensuração de MCI.1

- ❑ 1. A instituição definiu sua comunidade e populações de interesse.
- ❑ 2. A instituição implementou uma estratégia de comunicação com esses grupos.
- ❑ 3. A instituição fornece informações sobre seus serviços, horários de funcionamento e processo para obtenção de cuidado. (*ver também* GLD.3.1)
- ❑ 4. A instituição fornece informações sobre a qualidade dos seus serviços.

Comunicação com Pacientes e Familiares

Padrão MCI.2

A instituição informa aos pacientes e seus familiares os seus cuidados e serviços, e como ter acesso a esses serviços.

Propósito de MCI.2

Os pacientes e seus familiares necessitam de informações completas sobre os cuidados e serviços oferecidos pela instituição, assim como sobre como ter acesso a esses serviços. O fornecimento dessas informações é essencial para estabelecer uma comunicação aberta e transparente entre os pacientes, seus familiares e a instituição. A informação ajuda a compatibilizar as expectativas dos pacientes com a capacidade da instituição de atender a essas expectativas. A instituição fornece informações sobre fontes alternativas de cuidado e serviços quando as necessidades de cuidado do paciente estão além da sua missão e capacidade.

Elementos de Mensuração de MCI.2

- ❑ 1. Os pacientes e seus familiares recebem informações sobre os cuidados e serviços oferecidos pela instituição. (*ver também* ACC.1.2, EM 2)
- ❑ 2. Os pacientes e seus familiares recebem informações sobre como ter acesso aos serviços da instituição. (*ver também* ACC.1.2, EM 2)
- ❑ 3. A instituição fornece informações sobre fontes alternativas de cuidado e serviços quando não pode oferecer esses cuidados ou serviços.

Padrão MCI.3

A comunicação e educação são fornecidas aos pacientes e seus familiares em formato e linguagem compreensíveis.

Propósito de MCI.3

Para tomar decisões informadas e participar do processo de cuidado, os pacientes precisam entender as informações que recebem. Por isso, atenção especial é dada ao formato e linguagem empregados na educação dos pacientes e seus familiares e na comunicação com eles. As respostas dos pacientes diferem quando se utilizam instruções verbais, materiais impressos, vídeos, demonstrações, etc. É importante também identificar a linguagem preferencial. Eventualmente pode ser necessário recorrer a membros da família ou intérpretes/tradutores, para auxiliar a educação do paciente ou traduzir materiais. É importante reconhecer as limitações dos familiares, particularmente crianças, para atuarem como tradutores na comunicação sobre informações clínicas importantes e outras informações e instruções. Portanto, só se deve recorrer às crianças como tradutoras em último caso. Quando os tradutores ou intérpretes não são da família, estão cientes de quaisquer barreiras do paciente relativas à comunicação e compreensão. (*ver também* ACC.1.3; PFE.3, EM 1; e PFE.5, EMs 1-3)

Elementos de Mensuração de MCI.3

- ❑ 1. A educação e a comunicação com os pacientes e seus familiares têm formato compreensível. (*ver também* PFE.5, EMs 1 e 2; e PFR.5, propósito)
- ❑ 2. A educação e a comunicação com pacientes e seus familiares é fornecida em linguagem compreensível. (*ver também* PFE.5, EMs 1 e 2; e PFR.5, propósito)
- ❑ 3. Familiares, particularmente crianças, só devem atuar como tradutores em último caso.

Comunicação entre Profissionais Dentro e Fora da Instituição

Padrão MCI.4

A comunicação é eficaz em toda a instituição.

Propósito de MCI.4

A comunicação efetiva nas instituições é uma responsabilidade da liderança. Portanto, os líderes da instituição compreendem as dinâmicas da comunicação entre as diversas categorias profissionais, entre as unidades estruturais, como por exemplo, os departamentos, entre grupos profissionais e não profissionais, entre profissionais das áreas clínica e gerencial, entre profissionais de saúde e familiares, com outras instituições, e diversos outros. Os líderes da instituição não somente determinam os parâmetros de uma comunicação eficaz, mas também servem de exemplo para a comunicação eficaz da missão da instituição, de suas estratégias, planos e outras informações relevantes. Os líderes atentam à precisão e à atualização das informações na instituição.

Elementos de Mensuração de MCI.4

- ❑ 1. Os líderes asseguram a implementação de processos para a comunicação de informações importantes, de forma oportuna, em toda a instituição. (*ver também* ACC.2, EM 1; e MMU.5.1, EM 1)
- ❑ 2. A comunicação entre os diversos programas da instituição é eficaz. (*ver também* ACC.2, EM 1)
- ❑ 3. A comunicação com outras instituições é eficaz. (*ver também* ACC.3.1, EMs 2 e 3; e MMU.5.1, EM 1)
- ❑ 4. A comunicação com os pacientes e familiares é eficaz. (*ver também* ACC.2, EM 4)
- ❑ 5. Os líderes comunicam a missão da instituição e as políticas, planos e metas correspondentes, a todo o corpo profissional.

Padrão MCI.5

Os líderes asseguram a comunicação e coordenação efetivas entre os indivíduos e departamentos responsáveis pelos serviços clínicos.

Propósito de MCI.5

Para que o cuidado ao paciente seja coordenado e integrado, os líderes desenvolvem uma cultura de valorização da cooperação e comunicação. Desenvolvem métodos formais (por exemplo, comitês, juntas) e informais (por exemplo, boletins, pôsteres) para promover a comunicação entre serviços e entre profissionais. A coordenação entre os serviços clínicos está fundamentada no conhecimento da missão de cada departamento e dos serviços prestados em cada um deles, além da colaboração no desenvolvimento de políticas e procedimentos comuns. Existem canais de comunicação regular, de natureza clínica e não-clínica, estabelecidos entre o governo e a liderança.

Elementos de Mensuração de MCI.5

- ❑ 1. Os líderes asseguram a comunicação eficaz e eficiente entre os serviços e departamentos clínicos e não-clínicos, e os membros do corpo profissional. (*ver também* ACC.2.1, EM 1)
- ❑ 2. Os líderes incentivam a comunicação na prestação dos serviços clínicos.
- ❑ 3. Existem canais de comunicação regular, estabelecidos entre o governo e a liderança.

Padrão MCI.6

As informações sobre o cuidado ao paciente e a resposta ao cuidado são comunicadas aos médicos, enfermeiros e outros prestadores de cuidado, em todos os turnos e entre os turnos.

Propósito de MCI.6

A comunicação e a troca de informações entre os profissionais de saúde são essenciais para que o cuidado seja harmônico. As informações essenciais podem ser comunicadas verbalmente, por escrito, ou por meio eletrônico. Cada instituição decide quais informações devem ser comunicadas, por que meios, e com que freqüência. As informações transmitidas de um profissional para o outro incluem:

- o estado de saúde do paciente;
- um sumário do cuidado prestado; e
- a resposta do paciente ao cuidado.

Elementos de Mensuração de MCI.6

- ❑ 1. Existe um processo para comunicação das informações sobre o paciente entre os profissionais de cuidado, de forma contínua, ou em momentos-chave do processo. (*ver também* AOP.1.4, EM 3)
- ❑ 2. As informações comunicadas incluem o estado de saúde do paciente.
- ❑ 3. As informações comunicadas incluem um sumário do cuidado prestado.
- ❑ 4. As informações comunicadas incluem a evolução do paciente.

Padrão MCI.7

O prontuário (s) do paciente está disponível para os prestadores de cuidado, para facilitar a comunicação das informações essenciais.

Propósito de MCI.7

O(s) prontuário (s) do paciente é (são) uma fonte primária de informações sobre o processo de cuidado e sobre a evolução do paciente, sendo, portanto, uma ferramenta essencial de comunicação. Para que essas informações sejam úteis e dêem suporte à continuidade do cuidado ao paciente, devem estar disponíveis e atualizadas durante a internação, nas consultas ambulatoriais e em outros momentos, conforme a necessidade. As anotações médicas, de enfermagem e outras anotações referentes ao cuidado ao paciente, estão disponíveis para todos os prestadores de cuidado. A política institucional identifica aqueles profissionais que têm acesso ao prontuário, de modo a assegurar a confidencialidade das informações sobre o paciente.

Elementos de Mensuração de MCI.7

❑ 1. A política identifica os prestadores de cuidado que devem ter acesso ao prontuário (s) do paciente.
❑ 2. O prontuário (s) está disponível para aqueles prestadores que dele tem necessidade para prestar cuidados ao paciente. (*ver também* AOP.1.2, propósito; e AOP.1.5, EM 2)
❑ 3. O prontuário (s) está atualizado, garantindo assim a comunicação das informações mais recentes.

Padrão MCI.8

As informações sobre o paciente são transferidas junto com ele.

Propósito de MCI.8

A transferência de pacientes dentro da instituição é uma ocorrência comum. Quando, em decorrência disso, a equipe de cuidado também muda, é preciso que as informações essenciais sobre o paciente sejam transferidas junto com ele para que haja continuidade do cuidado. Dessa forma, as medicações e outros tratamentos não sofrem interrupção e o estado do paciente pode ser monitorado de modo adequado. Isto pode ser feito através da transferência do prontuário (s) inteiro ou através de um sumário de transferência. Este sumário inclui o motivo da internação, achados significativos, diagnósticos, procedimentos realizados, medicações e outros tratamentos, além das condições do paciente na transferência.

Elementos de Mensuração de MCI.8

❑ 1. Quando o paciente é transferido para outra unidade ou serviço da instituição, o prontuário ou um sumário de transferência acompanha o paciente.
❑ 2. O sumário contém o motivo da internação.
❑ 3. O sumário contém os achados significativos.
❑ 4. O sumário contém todos os diagnósticos.
❑ 5. O sumário contém todos os procedimentos realizados.
❑ 6. O sumário contém todas as medicações e outros tratamentos.
❑ 7. O sumário contém as condições do paciente na transferência.

Liderança e Planejamento

Padrão MCI.9

A instituição planeja e elabora processos de gerenciamento da informação para atender às necessidades de informação internas e externas à instituição.

Propósito de MCI.9

A informação é gerada e utilizada durante o cuidado ao paciente e para o gerenciamento de uma instituição segura e efetiva. A capacidade de captar e fornecer informações requer planejamento efetivo. O planejamento incorpora dados de diversas fontes:

- dos prestadores de cuidado;
- dos gerentes e líderes da instituição; e
- daqueles que estão fora da instituição e que precisam ou solicitam dados ou informações sobre o seu funcionamento e processos de cuidado.

O planejamento também considera a missão da instituição, os serviços prestados, os recursos, o acesso a tecnologias disponíveis e o suporte para uma comunicação efetiva entre os prestadores de cuidados.

As necessidades prioritárias de informação dessas fontes influenciam as estratégias de gerenciamento da informação da instituição e a sua capacidade de implementá-las. As estratégias são apropriadas ao tamanho da instituição, à complexidade dos serviços e à disponibilidade de profissionais treinados e de outros recursos humanos e técnicos. O plano é abrangente e inclui todos os departamentos e serviços da instituição.

O planejamento do gerenciamento da informação não requer um plano escrito formal, mas requer evidências de um planejamento que leve em consideração as necessidades de informação da instituição.

Elementos de Mensuração de MCI.9

- ❑ 1. O processo de planejamento leva em consideração as necessidades de informação dos prestadores de serviços clínicos.
- ❑ 2. O processo de planejamento leva em consideração as necessidades de informação dos gerentes da instituição.
- ❑ 3. O processo de planejamento leva em consideração as necessidades de informação de indivíduos e agências externas à instituição.
- ❑ 4. O planejamento é apropriado ao tamanho e complexidade da instituição.

Padrão MCI.10

A privacidade e a confidencialidade da informação são preservadas.

Propósito de MCI.10

A instituição mantém a privacidade e a confidencialidade dos dados e informações e é especialmente cuidadosa com a preservação da confidencialidade de dados e informações delicadas. O equilíbrio entre o compartilhamento e a confidencialidade dos dados é contemplado. A instituição determina os níveis de privacidade e confidencialidade mantidos para as diferentes categorias de informação (por exemplo, o prontuário do paciente, dados de pesquisa e outros).

Elementos de Mensuração de MCI.10

- ❑ 1. Existe uma política escrita que define a privacidade e a confidencialidade da informação, que é baseada e está de acordo com as leis e regulamentos.

- ❑ 2. A política define o grau em que os pacientes têm acesso às suas informações de saúde e o processo para obter acesso quando permitido. (*ver também* PFR.1.6, propósito)
- ❑ 3. A política está implementada.
- ❑ 4. A conformidade com a política é monitorada.

Padrão MCI.11

A segurança da informação, incluindo a integridade dos dados, é preservada.

Propósito de MCI.11

Políticas e procedimentos definem procedimentos de segurança para permitir acesso a dados e informações apenas a profissionais autorizados. O acesso a diferentes categorias de informação baseia-se na necessidade e está definido por cargo e função, incluindo os estudantes em ambientes acadêmicos. Um processo eficaz define:

- quem tem acesso à informação;
- as informações às quais o indivíduo tem acesso;
- a obrigação do usuário de manter a informação confidencial; e
- o processo a ser seguido quando a confidencialidade e a segurança são violadas.

Um aspecto importante para manter a segurança da informação sobre o paciente é determinar quem está autorizado a obter e fazer anotações no prontuário clínico do paciente. A instituição desenvolve uma política para autorizar esses indivíduos e para identificar o conteúdo e formato das anotações no prontuário clínico do paciente. Existe um processo para assegurar que apenas pessoas autorizadas façam anotações nos prontuários clínicos dos pacientes.

Elementos de Mensuração de MCI.11

- ❑ 1. A instituição dispõe de uma política escrita que define a segurança da informação, incluindo a integridade dos dados, que é baseada ou está de acordo com as leis e regulamentos.
- ❑ 2. A política contempla os níveis de segurança para cada categoria de dados e informações.
- ❑ 3. Aqueles que têm necessidade ou que ocupam cargos que permitam acesso a cada categoria de dados e informações estão identificados.
- ❑ 4. A política está implementada.
- ❑ 5. A conformidade com a política é monitorada.

Padrão MCI.12

A instituição tem uma política para o período de arquivamento de prontuários, dados e informações.

Propósito de MCI.12

A instituição desenvolve e implementa uma política que orienta o arquivamento do prontuário clínico do paciente e de outros dados e informações. Os prontuários e outros dados e informações são arquivados por tempo suficiente, de acordo com leis e regulamentos, e dão suporte ao cuidado ao paciente, aos processos de gestão, à documentação legal, à pesquisa e à educação. A política de arquivamento está de acordo com a confidencialidade e a segurança dessas informações. Quando termina o período de arquivamento, os prontuários clínicos dos pacientes e outros registros, dados e informações, são destruídos da forma apropriada.

Elementos de Mensuração de MCI.12

- ❑ 1. A instituição tem uma política para o período de arquivamento do prontuário clínico do paciente e de outros dados e informações.
- ❑ 2. O processo de arquivamento proporciona confidencialidade e segurança esperadas.
- ❑ 3. Os prontuários, dados e informações são destruídos da forma apropriada.

Padrão MCI.13

A instituição utiliza códigos padronizados de diagnósticos e procedimentos, símbolos, abreviações e definições.

Propósito de MCI.13

A padronização da terminologia, das definições, do vocabulário e da nomenclatura facilita a comparação dos dados e das informações dentro da instituição e entre instituições. O uso uniforme de códigos de diagnóstico e de procedimentos dá suporte à agregação e à análise dos dados. As abreviações e símbolos também são padronizados e incluem uma lista de "o que não usar". Esta padronização está de acordo com os padrões locais e nacionais reconhecidos.

Elementos de Mensuração de MCI.13

- ❑ 1. Códigos padronizados de diagnósticos são utilizados e o seu uso é monitorado.
- ❑ 2. Códigos padronizados de procedimentos são utilizados e o seu uso é monitorado.
- ❑ 3. Definições padronizadas são utilizadas.
- ❑ 4. Símbolos padronizados são utilizados, e aqueles que não devem ser usados estão definidos e são monitorados.
- ❑ 5. Abreviações padronizadas são utilizadas, e aquelas que não devem ser usadas estão definidas e são monitoradas.

Padrão MCI.14

As necessidades de dados e informações, dentro e fora da instituição, são atendidas oportunamente, em um formato que satisfaz as expectativas dos usuários e com a freqüência desejada.

Propósito de MCI.14

O formato e os métodos de disseminação de dados e informações são adaptados às expectativas dos usuários. As estratégias de disseminação incluem:

- fornecer apenas os dados e informações que o usuário requisita ou necessita;
- formatar os relatórios de modo a facilitar sua utilização no processo decisório;
- fornecer relatórios com a freqüência que o usuário necessita;
- integrar fontes de dados e informações; e
- fornecer interpretação ou esclarecimento sobre os dados.

Elementos de Mensuração de MCI.14

- ❑ 1. A disseminação de dados e informações atende às necessidades dos usuários.
- ❑ 2. Os usuários recebem dados e informações no momento oportuno.
- ❑ 3. Os usuários recebem dados e informações em formato útil para o uso pretendido.
- ❑ 4. Os profissionais têm acesso aos dados e informações necessários ao desempenho de suas responsabilidades.

Padrão MCI.15

Profissionais clínicos e gerenciais apropriados participam da seleção, incorporação e uso de tecnologias de gerenciamento da informação.

Propósito de MCI.15

A tecnologia de gerenciamento da informação representa um grande investimento de recursos para uma instituição de saúde. Por esta razão, essa tecnologia deve corresponder cuidadosamente às necessidades presentes e futuras da instituição e aos seus recursos. A tecnologia disponível precisa estar integrada aos processos de gerenciamento da informação existentes e ajudar a integrar as atividades de todos os departamentos e serviços da instituição. Este nível de coordenação requer a participação de profissionais chave das áreas clínica e gerencial no processo de seleção.

Elementos de Mensuração de MCI.15

- ❑ 1. Os profissionais da área clínica participam das decisões sobre tecnologia de informação.
- ❑ 2. Os profissionais da área gerencial participam das decisões sobre tecnologia de informação.

Padrão MCI.16

Os prontuários e as informações são protegidos contra perda, destruição, adulterações e acesso ou uso não autorizado.

Propósito de MCI.16

Os prontuários dos pacientes e outros dados e informações estão sob constante segurança e proteção. Por exemplo, os prontuários ativos dos pacientes são mantidos em áreas onde apenas profissionais de saúde autorizados pela instituição têm acesso, e os prontuários são guardados em locais onde não haja risco de ocorrer dano por calor, água, fogo ou outros tipos de dano. A instituição implementa processos para prevenir o acesso não autorizado a informações armazenadas eletronicamente. (*ver também* PFR.1.6, propósito, relativo à confidencialidade das informações sobre o paciente)

Elementos de Mensuração de MCI.16

- ❑ 1. Os prontuários e informações são protegidos contra perda ou destruição.
- ❑ 2. Os prontuários e informações são protegidos contra adulterações e contra acesso ou uso não autorizado.

Padrão MCI.17

Os tomadores de decisão e outros profissionais apropriados são educados e treinados em princípios de gerenciamento da informação.

Propósito de MCI.17

Os profissionais da instituição que geram, coletam, analisam e utilizam dados e informações, são educados e treinados para participar efetivamente do gerenciamento de informação. Essa educação e treinamento habilitam esses indivíduos a:

- compreender a segurança e confidencialidade dos dados e informações;
- utilizar instrumentos de mensuração, ferramentas estatísticas e métodos de análise de dados;
- apoiar a interpretação dos dados;
- usar dados e informações para auxiliar o processo decisório;
- educar e apoiar a participação de pacientes e familiares nos processos de cuidado; e
- usar medidas para avaliar e aprimorar o cuidado e os processos de trabalho.

Os indivíduos são educados e treinados de acordo com suas responsabilidades, descrição do cargo e necessidades de dados e de informação.

O processo de gerenciamento da informação torna possível combinar informações de várias fontes e gerar relatórios para apoiar a tomada de decisão. A combinação de informações clínicas e gerenciais, em especial, auxilia os líderes da instituição a planejar de modo colaborativo. O processo de gerenciamento da informação apóia os líderes, com dados longitudinais integrados e com dados comparativos.

Elementos de Mensuração de MCI.17

- ❑ 1. Os tomadores de decisão e outros profissionais recebem educação sobre princípios de gerenciamento da informação.
- ❑ 2. A educação é apropriada às necessidades e responsabilidades do cargo.
- ❑ 3. Os dados e informações clínicas e gerenciais são integrados conforme o necessário, para apoiar o processo de decisão.

Padrão MCI.18

Existe uma política ou protocolo escrito que define as exigências para o desenvolvimento e manutenção de políticas e procedimentos internos, e um processo para gerenciar as políticas e procedimentos externos.

Propósito de MCI.18

Políticas e procedimentos têm o propósito de prover conhecimento uniforme sobre a função institucional. A política ou protocolo delineia como as políticas serão controladas na instituição. A política ou protocolo contém as seguintes informações sobre como esse controle será executado:

a) A análise e aprovação de todas as políticas e procedimentos por uma pessoa autorizada antes da publicação;
b) O processo e freqüência da análise e contínua aprovação das políticas e procedimentos;
c) Os controles para garantir que apenas versões atuais e pertinentes das políticas e procedimentos estejam disponíveis onde quer que sejam utilizadas;
d) A identificação de alterações nas políticas e procedimentos;
e) A manutenção da identidade e da legibilidade do documento;
f) O processo de gerenciamento das políticas e procedimentos originados fora da instituição;
g) O arquivamento de políticas e procedimentos obsoletos por pelo menos o tempo exigido por leis e regulamentos, e por outro lado, a garantia de que não serão usados erroneamente;
h) A identificação e rastreamento de todas as políticas e procedimentos em circulação.

O sistema de rastreamento permite identificar cada documento através do título, data de emissão, edição e/ou data da última revisão, número de páginas, quem autorizou a emissão e/ou revisão do documento e a identificação do banco de dados (se aplicável).

Existe um processo para assegurar que os profissionais da instituição leram e estão familiarizados com as políticas e procedimentos relevantes para seu trabalho.

Os processos para desenvolver e manter políticas e procedimentos estão implementados.

Elementos de Mensuração de MCI.18

❑ 1. Existe uma política ou protocolo, escrito e implementado, que define as exigências para o desenvolvimento e manutenção de políticas e procedimentos, que inclui pelo menos os itens de a) até h) do propósito deste padrão.
❑ 2. Existe um protocolo, escrito e implementado, que define como as políticas e procedimentos originados fora da instituição serão controlados.
❑ 3. Existe uma política ou protocolo, escrito e implementado, que define o arquivamento de políticas e procedimentos obsoletos pelo menos durante o tempo exigido por leis e regulamentos, e a garantia de que não serão usados erroneamente.
❑ 4. Existe uma política ou protocolo, escrito e implementado, que delineia como todas as políticas e procedimentos em circulação serão identificados e rastreados.

Prontuário Clínico do Paciente

Padrão MCI.19

A instituição inicia e mantém um prontuário clínico para todos os pacientes avaliados ou tratados.

Propósito de MCI.19

Cada paciente avaliado ou tratado em uma instituição de saúde, seja como paciente internado, paciente externo ou atendido de emergência, tem um prontuário clínico. Ao prontuário é atribuído um identificador único para o paciente, ou algum outro mecanismo é utilizado para vincular o paciente ao seu prontuário clínico. O prontuário único e o

identificador único permitem à instituição facilmente localizar o prontuário clínico do paciente e documentar o cuidado ao paciente ao longo do tempo.

Elementos de Mensuração de MCI.19

- ❑ 1. Um prontuário clínico é aberto para todos os pacientes avaliados ou tratados pela instituição.
- ❑ 2. Os prontuários clínicos do paciente são mantidos através da utilização de identificador único para o paciente ou outro método eficaz.

Padrão MCI.19.1

O prontuário clínico contém informações suficientes para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento, documentar a evolução e os resultados do tratamento e promover a continuidade do cuidado entre os diversos prestadores de cuidados de saúde.

Padrão MCI.19.1.1

O prontuário clínico de todos os pacientes que estejam recebendo cuidados de emergência inclui o horário de chegada, as conclusões ao final do tratamento, a condição do paciente na alta e as instruções para continuidade do cuidado.

Propósito de MCI.19.1 e MCI.19.1.1

O prontuário clínico de cada paciente deve conter informações suficientes para apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento prestado e documentar a evolução e os resultados do tratamento. O formato e conteúdo padronizados do prontuário clínico do paciente são úteis na promoção da integração e continuidade do cuidado entre os vários prestadores de cuidado ao paciente.

A instituição determina os dados e informações específicas que devem constar do prontuário de cada paciente avaliado ou tratado no ambulatório, na emergência ou na internação. O prontuário de cada paciente que recebe cuidados de emergência inclui as informações especificadas no padrão MCI 20.1.1.

Elementos de Mensuração de MCI.19.1

- ❑ 1. O conteúdo específico do prontuário clínico do paciente foi determinado pela Instituição. (*ver também* AOP.1.5, EM 1)
- ❑ 2. O prontuário clínico do paciente contém informações adequadas para identificar o paciente.
- ❑ 3. O prontuário clínico do paciente contém informações adequadas para apoiar o diagnóstico. (*ver também* ASC.7, EM 3)
- ❑ 4. O prontuário clínico do paciente contém informações adequadas para justificar o cuidado e o tratamento prestados. (*ver também* ASC.7.3, EM 2)
- ❑ 5. O prontuário clínico do paciente contém informações adequadas para documentar a evolução e os resultados do tratamento. (*ver também* AOP.1.5, EM 1; AOP.2, propósito; COP.5, EM 4; ASC.5.2, EM 1; ASC.5.3, EM 2; ASC.6, EM 2; ASC.7.3, EM 3; e MMU.4.3, EM.1)

Elementos de Mensuração de MCI.19.1.1

- ❑ 1. Os prontuários clínicos dos pacientes de emergência incluem o horário de chegada.
- ❑ 2. Os prontuários clínicos dos pacientes de emergência incluem as conclusões ao término do tratamento.
- ❑ 3. Os prontuários clínicos dos pacientes de emergência incluem as condições do paciente na alta.
- ❑ 4. Os prontuários clínicos dos pacientes de emergência incluem as instruções para continuidade do cuidado.

Padrão MCI.19.2

A política da instituição identifica as pessoas autorizadas a fazer anotações no prontuário clínico do paciente e define o formato e o conteúdo do prontuário.

Padrão MCI.19.3

Cada anotação feita no prontuário clínico do paciente identifica o seu autor e quando a anotação foi feita no prontuário.

Propósito de MCI.19.2 e MCI.19.3

O acesso a cada categoria de informações tem por base as necessidades de cada cargo e função, incluindo estudantes em departamentos acadêmicos. Um processo efetivo define:

- quem tem acesso à informação;
- as informações às quais um indivíduo tem acesso;
- a obrigação do usuário de manter a informação confidencial; e
- o processo a ser seguido quando a confidencialidade e a segurança são violadas.

Um aspecto importante para manter a segurança da informação sobre o paciente é determinar quem está autorizado a obter e fazer anotações no prontuário clínico do paciente. A instituição desenvolve uma política para autorizar esses indivíduos e para identificar o conteúdo e formato das anotações no prontuário clínico do paciente.

Existe um processo para assegurar que apenas pessoas autorizadas façam anotações nos prontuários clínicos dos pacientes, e que cada anotação identifique seu autor e a data de anotação. A política deve incluir também o processo de correção ou substituição de anotações no prontuário do paciente. Se exigido pela instituição, o horário da anotação também está anotado, como por exemplo, para prescrições de tratamentos ou medicamentos aprazados.

Elementos de Mensuração de MCI.19.2

- ❑ 1. Aqueles autorizados a fazer anotações no prontuário clínico do paciente estão identificados na política da instituição. (*ver também* IPSG.2, EM 1)
- ❑ 2. O formato e a localização das anotações são determinados pela política da instituição.
- ❑ 3. Existe um processo para garantia de que somente pessoas autorizadas façam anotações nos prontuários clínicos dos pacientes.
- ❑ 4. Existe um processo que define como as anotações no prontuário do paciente serão corrigidas ou substituídas.
- ❑ 5. As pessoas autorizadas a fazer anotações no prontuário clínico do paciente estão identificadas na política institucional.
- ❑ 6. Existe um processo para assegurar que apenas indivíduos autorizados tenham acesso ao prontuário clínico do paciente.

Elementos de Mensuração de MCI.19.3

- ❑ 1. O autor de cada anotação no prontuário clínico do paciente pode ser identificado.
- ❑ 2. A data de cada anotação no prontuário clínico do paciente pode ser identificada.
- ❑ 3. Quando requerido pela instituição, o horário da anotação pode ser identificado.

Padrão MCI.19.4

Como parte das atividades de melhoria de desempenho, a instituição avalia regularmente o conteúdo e a completitude do prontuário clínico do paciente.

Propósito de MCI.19.4

Cada instituição determina o conteúdo e o formato do prontuário clínico do paciente e tem um processo para avaliar o conteúdo e a completitude dos registros. Esse processo faz parte das atividades de melhoria de desempenho da instituição e é realizado regularmente. A revisão dos prontuários é feita com base em uma amostra representativa dos profissionais que prestam cuidados e do tipo de cuidado prestado. O processo de revisão é conduzido pelos profissionais do corpo médico, do corpo de enfermagem e demais profissionais autorizados a fazer anotações no prontuário clínico do paciente. A revisão tem foco na pontualidade, na completitude, na legibilidade e em outros aspectos do prontuário e das informações clínicas. O conteúdo do prontuário clínico exigido por leis ou regulamentos é incluído no processo de revisão. O processo de revisão inclui os prontuários dos pacientes que estão recebendo cuidados e também os daqueles que já receberam alta.

Elementos de Mensuração de MCI.19.4

- ❑ 1. Os prontuários clínicos dos pacientes são revisados regularmente.
- ❑ 2. A revisão utiliza uma amostra representativa.
- ❑ 3. A revisão é realizada por médicos, enfermeiros e outros profissionais autorizados a fazer anotações no prontuário ou a gerenciar estes documentos.
- ❑ 4. A revisão tem foco na pontualidade, na legibilidade e na completitude do prontuário clínico.
- ❑ 5. O conteúdo do prontuário exigido por leis ou regulamentos é incluído no processo de revisão.
- ❑ 6. Os prontuários dos pacientes em tratamento e dos que tiveram alta estão incluídos no processo de revisão.
- ❑ 7. Os resultados do processo de revisão são incorporados ao mecanismo da instituição para supervisão da qualidade.

Dados e Informações Agregadas

Padrão MCI.20

Os dados e informações agregadas dão suporte ao cuidado ao paciente, ao gerenciamento da instituição e ao programa de gerenciamento de qualidade.

Padrão MCI.20.1

A instituição tem um processo para agregar dados e determinou quais dados e informações devem ser regularmente agregados para atender às necessidades dos profissionais das áreas clínicas e gerenciais na instituição e das agências externas à instituição.

Padrão MCI.20.2

A instituição tem um processo para utilizar ou participar de bancos de dados externos.

Propósito de MCI.20 a MCI.20.2

A instituição coleta e analisa dados agregados para apoiar o cuidado ao paciente e a gestão da instituição. Os dados agregados fornecem um perfil da instituição ao longo do tempo e permitem a comparação do seu desempenho com o de outras instituições. Desse modo, os dados agregados são parte importante das atividades de melhoria do desempenho da instituição. Em especial, dados agregados sobre o gerenciamento de risco, gerenciamento de sistemas utilitários, prevenção e controle de infecções e análise de utilização, podem ajudar a instituição a entender o seu desempenho atual e a identificar oportunidades de melhorias.

Ao participar de bancos de dados externos, a instituição pode comparar seu desempenho ao de outra instituição semelhante, em âmbito local, nacional e internacional. A comparação de desempenho é uma ferramenta efetiva para identificar oportunidades de melhoria e para a documentação do nível de desempenho da instituição. As redes de assistência à saúde e aqueles que compram ou pagam por essa assistência, com freqüência, solicitam esse tipo de informação. Os bancos de dados externos variam muito e abrangem desde os bancos de dados de operadoras de planos de assistência à saúde até aqueles mantidos por sociedades profissionais. As instituições podem ser obrigadas por leis e regulamentos a contribuir com bancos de dados externos (*ver também* QPS.4.2 e PCI.10.6, EM 1). Em todas as situações, a segurança e a confidencialidade dos dados e informações são preservadas.

Elementos de Mensuração de MCI.20

- ❑ 1. Dados e informações agregadas dão suporte ao cuidado ao paciente.
- ❑ 2. Dados e informações agregadas dão suporte ao gerenciamento da instituição.
- ❑ 3. Dados e informações agregadas dão suporte ao programa de gerenciamento de qualidade.

Elementos de Mensuração de MCI.20.1

- ❑ 1. A instituição tem um processo para agregar dados em resposta às necessidades identificadas dos usuários.
- ❑ 2. A instituição fornece dados para atender às demandas das agências externas. (*ver também* PCI.10.6, EM 1)

Elementos de Mensuração de MCI.20.2

- ❑ 1. A instituição tem um processo para participar, ou usar informações de bancos de dados externos.
- ❑ 2. A instituição contribui com dados e informações para bancos de dados externos de acordo com leis ou regulamentos.
- ❑ 3. A instituição compara o seu desempenho através da utilização de bancos de dados de referência externos. (*ver também* QPS.4.2, EM 2 e PCI.10.4, EM 1)
- ❑ 4. A segurança e a confidencialidade dos dados e informações são mantidos quando a instituição contribui com, ou utiliza bancos de dados externos.

Padrão MCI.21

A instituição apóia o cuidado ao paciente, a educação, a pesquisa e o gerenciamento com informações oportunas de fontes atualizadas.

Propósito de MCI.21

Os prestadores de cuidados a saúde, pesquisadores, educadores e os gerentes precisam, com freqüência, de informações que os auxiliem a desempenhar suas responsabilidades. Essas informações incluem literatura científica e gerencial, diretrizes da prática clínica, resultados de pesquisa e metodologias educativas. A Internet, materiais impressos em uma biblioteca, fontes de busca on-line e materiais pessoais são fontes valiosas de informação atualizada.

Elementos de Mensuração de MCI.21

- ❑ 1. Informações científicas e outras informações dão suporte ao cuidado ao paciente.
- ❑ 2. Informações científicas e outras informações dão suporte à educação clínica.
- ❑ 3. Informações científicas e outras informações dão suporte à pesquisa.
- ❑ 4. Informações científicas e outras informações dão suporte ao gerenciamento.
- ❑ 5. As informações são fornecidas dentro de um prazo que atenda às expectativas dos usuários.

Glossário

acreditação Determinação por parte do organismo de acreditação da Joint Commission International (JCI) de que uma instituição de saúde encontra-se em conformidade com os padrões aplicáveis da JCI.

alta Momento no qual o envolvimento ativo de um indivíduo com uma instituição ou programa chega ao fim e que essa instituição ou programa não mais se responsabiliza pelos cuidados prestados ao indivíduo.

análise de causa raiz Processo utilizado para identificar o(s) fator(es) causal(is) ou básico(s) que estão por trás de uma variação no desempenho, incluindo a ocorrência ou possível ocorrência de um evento sentinela. *Ver também* evento sentinela.

análise do modo de falha e efeitos Maneira sistemática de se examinar prospectivamente um projeto para detectar possíveis formas de ocorrer uma falha. Isso pressupõe que não importa o quão experientes ou cuidadosas sejam as pessoas, em algumas situações ocorrerão erros, e pode até mesmo ser provável que ocorram.

análise de vulnerabilidade a perigos Identificação de potenciais emergências e dos efeitos diretos e indiretos que elas possam ter sobre o funcionamento da instituição de saúde e sobre a demanda pelos seus serviços.

anestesia e sedação Administração a um indivíduo, em qualquer setor, por qualquer motivo e por qualquer via, de medicação destinada a induzir perda sensitiva total ou parcial, com o propósito de se realizar uma cirurgia ou procedimento. As definições dos quatro níveis de sedação e anestesia são as seguintes:

> **sedação mínima (ansiólise)** Estado fármaco-induzido durante o qual os pacientes respondem normalmente aos comandos verbais. Embora a função cognitiva e a coordenação motora possam estar comprometidas, as funções ventilatória e cardiovascular permanecem inalteradas.

> **sedação processual (ou moderada) (anteriormente designada "sedação consciente")** Depressão fármaco-induzida do nível de consciência, durante a qual os pacientes respondem deliberadamente aos comandos verbais acompanhados ou não por leve estímulo tátil. A retirada reflexa do membro após estímulo doloroso não é considerada uma resposta intencional. Nenhuma intervenção é necessária para manter as vias aéreas pérvias, e a ventilação espontânea é adequada. A função cardiovascular geralmente é preservada.

> **analgesia/sedação profunda** Depressão fármaco-induzida do nível de consciência, durante a qual os pacientes não podem ser facilmente acordados, mas respondem deliberadamente após estímulos repetitivos ou dolorosos. A capacidade do paciente em manter a autonomia sobre sua função ventilatória pode estar prejudicada. Os pacientes podem necessitar de assistência para manter as vias aéreas pérvias e a ventilação espontânea pode não ser suficiente. A função cardiovascular geralmente é preservada.

> **anestesia** Compreende anestesia geral e anestesia espinhal ou regional. Não inclui anestesia local. A anestesia geral consiste em período fármaco-induzido de perda da consciência durante o qual o paciente não consegue ser acordado, mesmo após estímulos dolorosos. A habilidade de se manter a autonomia sobre a função ventilatória geralmente está prejudicada. Os pacientes freqüentemente necessitam de assistência para manter as vias aéreas pérvias, e a ventilação com pressão positiva pode ser necessária devido à depressão fármaco-induzida da função ventila-tória e da função neuromuscular. A função cardiovascular pode estar prejudicada.

assistência nutricional Intervenções e aconselhamentos destinados a promover uma ingesta nutricional adequada. Esta atividade baseia-se em avaliações nutricionais e informações sobre alimentos, outras fontes de nutrientes e preparação da refeição. Leva-se em consideração a origem cultural do paciente, assim como sua condição socioeconômica.

avaliação baseada em padrões Processo de avaliação que determina a conformidade dos prestadores de cuidados ou da instituição de saúde com padrões pré-estabelecidos. *Ver também* acreditação.

avaliação de acreditação Avaliação de uma instituição para verificar sua conformidade com os padrões aplicáveis e para determinar sua situação de acreditação.

Também conhecida como "avaliação trienal" *(ver também* abaixo), a avaliação de acreditação da JCI inclui os seguintes elementos:

- Avaliação da documentação, fornecida pelo pessoal da instituição, que demonstre conformidade;
- Informações verbais a respeito da implementação dos padrões ou exemplos de sua implementação que possibilitem a determinação da conformidade;
- Observações *in-loco* realizadas por avaliadores;
- Rastreio de pacientes ao longo do processo do cuidado utilizando-se a metodologia do rastreador;
- Educação sobre o cumprimento dos padrões e melhoria do desempenho.

avaliação inicial Avaliação de uma instituição que procura obter a acreditação por parte da JCI pela primeira vez ou de uma instituição que não tenha tido sua acreditação negada pela JCI nos seis meses anteriores.

avaliação motivada Avaliação institucional realizada quando a JCI tem conhecimento de assuntos potencial-mente graves envolvendo o cumprimento dos padrões, o cuidado ao paciente ou a segurança do paciente.

avaliação de validação Análise do processo de avaliação após uma avaliação inicial ou reavaliação trienal da instituição, onde se verifica o cumprimento dos padrões nas instituições de saúde, como parte dos esforços da JCI para a melhoria interna da qualidade. Semelhante a uma avaliação trienal inicial, a avaliação de validação é voluntária e de forma alguma afeta os resultados da avaliação trienal da instituição.

avaliação focal de acompanhamento Avaliação restrita, limitada, de uma instituição, após uma avaliação trienal, a qual se concentra somente nos aspectos considerados não conformes durante a avaliação trienal.

avaliação de extensão Avaliação institucional que se faz necessária sempre que ocorrer algum dos seguintes fatores:

- Uma instituição oferecer pelo menos 25% de seus serviços em um novo local ou em um espaço físico significativamente alterado.
- Uma instituição expandir sua capacidade de oferecer serviços em 25% ou mais, sendo esta capacidade medida através do volume de pacientes ou de outras medidas relevantes.
- Uma instituição fundir-se, associar-se ou adquirir uma instalação, serviço ou programa não acreditados para os quais existam padrões aplicáveis da JCI.

certificação

1. Procedimento e ação através dos quais uma instituição autorizada avalia e certifica que um determinado indivíduo, instituição ou programa cumpre requisitos, tais como padrões. A certificação difere da acreditação pelo fato de a certificação também poder ser aplicada a indivíduos (como, por exemplo, um médico especialista).
2. Processo pelo qual uma agência ou associação não-governamental certifica que um indivíduo atende às qualificações predeterminadas pela agência ou associação.

coleta de órgão Remoção de um órgão para fins de transplante.

competência Determinação das habilidades de um indivíduo, de seu conhecimento e de sua capacidade em satisfazer determinadas expectativas, normalmente relatadas nas descrições de cargo.

confidencialidade

1. Acesso restrito a dados e informações para indivíduos que possuam necessidade, motivo e permissão para tal acesso.
2. Direito individual de privacidade quanto a informações pessoais, incluindo aquelas contidas em seu prontuário.

consentimento informado Acordo ou autorização acompanhado pela informação, na íntegra, a respeito da natureza, riscos e alternativas de um procedimento médico ou tratamento, antes que o médico ou outro profissional de saúde dê início ao tratamento ou procedimento. Após receber esta informação, o paciente concorda ou recusa tal tratamento ou procedimento.

contaminação Presença de um agente infeccioso sobre uma superfície animada ou inanimada.

continuidade do cuidado Meio pelo qual o cuidado prestado aos indivíduos é coordenado entre profissionais, entre instituições e ao longo do tempo.

corpo profissional De acordo com seus papéis e responsabilidades, todas as pessoas que prestam cuidados, tratamento e serviços no hospital (por exemplo, corpo médico e corpo de enfermagem), incluindo aqueles que recebem pagamento (por exemplo, trabalhadores permanentes, temporários e de meio expediente, assim como empregados contratados), voluntários e estudantes da área de saúde.

> **profissionais clínicos** Aqueles que prestam cuidados diretos ao paciente (médicos, enfermeiros, etc.).
>
> **profissionais não clínicos** Aqueles que prestam cuidados indiretos ao paciente (admissão, serviço de alimentação, etc.).

credenciais Evidência de competência e licença, estudo, treinamento e experiência atuais e adequados. Outros critérios podem ser adicionados pela instituição de saúde. *Ver também* competência; credenciamento.

credenciamento Processo de obtenção, verificação e avaliação das qualificações de um profissional de saúde para que ele preste serviços de cuidado ao paciente em uma ou para uma instituição de saúde. O processo de verificação periódica das qualificações da equipe é denominado recredenciamento.

critérios de base fisiológica Critérios centrados na área da biologia que se relaciona com as funções do organismo vivo e seus componentes químicos e físicos, e processos envolvidos.

critérios de triagem Conjunto de regras ou testes padronizados, aplicados a grupos de pacientes, como base para um julgamento preliminar referente à indicação de uma avaliação mais acurada, tal como a necessidade de uma avaliação nutricional baseada em uma triagem nutricional.

cuidado ambulatorial Tipos de serviços de saúde prestados a indivíduos em regime de atendimento externo. Os serviços ambulatoriais são prestados em diferentes locais, que variam desde unidades cirúrgicas independentes a centros de cateterismo cardíaco. *Ver também* programas para pacientes externos.

cuidados continuados Fazer a correspondência entre as necessidades contínuas de um indivíduo com o tipo e nível adequados de cuidado, tratamento e serviço dentro de uma instituição ou através de múltiplas instituições.

dados Fatos, observações clínicas ou medições realizadas durante uma atividade de avaliação. Antes de serem analisados, esses dados são denominados "dados brutos".

decisões da acreditação Categorias de acreditação que uma instituição pode obter com base na avaliação realizada pela JCI. Essas categorias de decisão são:

> **acreditada** A instituição demonstra conformidade aceitável com todos os padrões e Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
>
> **acreditação recusada** A instituição está em não conformidade significativa com os padrões da JCI e com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente; quando a JCI revoga sua acreditação por outros motivos; ou quando a instituição retira-se voluntariamente do processo de acreditação.

declaração de missão Declaração escrita que publica o objetivo, ou "missão", de uma instituição ou de um de seus constituintes. A elaboração de uma declaração de missão geralmente precede a determinação de metas e objetivos.

desastre *Ver* emergência.

descrição do cargo Explicação de um posto de trabalho, incluindo tarefas, responsabilidades e condições requeridas para se desempenhar o trabalho.

diretrizes baseadas em evidências (ou de base científica) Tomada de decisão médica com base em evidências empíricas ou, na ausência de evidências empíricas, em consenso de especialistas (como os consensos publicados por algumas sociedades de profissionais). A abordagem necessita da interpretação de resultados conflitantes e da avaliação da qualidade e da força da evidência. E, por fim, os médicos precisam saber como isso se aplica aos pacientes e à política de atenção à saúde.

diretrizes clínicas Instruções que auxiliam médicos e pacientes a escolherem o cuidado apropriado para condições clínicas específicas (por exemplo, recomendações para o manejo de uma diarréia em crianças abaixo de 5 anos). O médico é orientado em todas as etapas da consulta (questões a perguntar, sinais clínicos a pesquisar, exames laboratoriais a solicitar, avaliação da situação e tratamento a ser prescrito).

diretrizes práticas Ferramentas que descrevem métodos que foram considerados por ensaios clínicos ou pelo consenso de especialistas como sendo as mais eficazes na avaliação e/ou tratamento de um paciente que possua um determinado sintoma, condição ou diagnóstico ou que descrevem um procedimento específico. São alguns sinônimos: parâmetro prático, protocolo, modelo prático de escolha e diretriz. Ver também diretrizes baseadas em evidências (ou de base científica) e diretrizes clínicas.

duplicidade terapêutica Utilização concomitante de duas drogas da mesma categoria terapêutica por uma mesma pessoa, geralmente de forma desnecessária.

educação em serviço Educação organizada, geralmente ministrada no local de trabalho, concebida para aperfeiçoar as habilidades dos membros da equipe ou a ensiná-los novas práticas pertinentes a seus trabalhos e disciplinas.

efeito colateral Efeito farmacológico de uma droga, geralmente adverso, diferente daquele(s) para qual a droga é prescrita.

eficiência Relação entre os efeitos (resultados do cuidado) e os recursos utilizados para promover o cuidado. Por exemplo, quando dois programas utilizam a mesma quantidade de recursos, aquele que atinge a maior cobertura de imunização é o mais eficiente. Aumentar a eficiência envolve atingir os mesmos rendimentos com menos recursos ou um maior rendimento com a mesma quantidade de recursos.

emergência

1. Ocasião inesperada ou repentina, como, por exemplo, uma cirurgia de urgência necessária para prevenir uma morte ou uma séria incapacidade.

2. Evento natural ou provocado pelo homem que promova grande alteração no ambiente de prestação de cuidados (por exemplo, dano à(s) construção(ões) e terrenos da instituição devido a fortes ventos, tempestades ou terremotos); que interfira significativamente com a prestação de cuidados e com o tratamento (por exemplo, perda de utilitários como energia elétrica, água ou telefone devido a inundações, desordens civis, acidentes ou emergências na instituição ou em sua comunidade); ou que resulte em mudança significativa ou em aumento súbito da demanda pelos serviços da instituição (por exemplo, ataque bioterrorista, desmoronamento de edifício ou queda de avião na comunidade da instituição). algumas emergências são denominadas "desastres" ou "eventos potencialmente causadores de dano" (EPCDs).

ensaio clínico Teste terapêutico que consiste em três – algumas vezes quatro – estágios, dependendo do objetivo, tamanho e escopo do teste. Os ensaios de "fase I" avaliam a segurança de drogas, dispositivos ou técnicas diagnósticas, terapêuticas ou profiláticas, para determinar o intervalo seguro da dose (se aplicável). Eles envolvem um pequeno número de indivíduos saudáveis. Geralmente esse ensaio tem duração aproximada de um ano. Os ensaios de "fase II" são geralmente controlados para se avaliar a eficácia e a dosagem (se aplicável) das drogas, dispositivos ou técnicas. Estes estudos envolvem centenas de voluntários, inclusive um número limitado de pacientes afetados pela doença ou distúrbio em investigação. O ensaio dura, geralmente, cerca de dois anos. Os ensaios de "fase III" verificam a eficácia das drogas, dispositivos ou técnicas, que havia sido determinada nos estudos da fase II. Os pacientes da fase II são monitorados para que se identifiquem quaisquer reações adversas provenientes do uso em longo prazo. Os grupos de pacientes envolvidos nesses estudos são, em geral, grandes o suficiente para se identificar respostas clínicas significativas. Esse tem duração aproximada de três anos. Os ensaios de "fase IV" estudam as drogas, dispositivos ou técnicas que tenham sido aprovados para a comercialização. Estes estudos são geralmente conduzidos a fim de se obter maiores informações a respeito da segurança e eficácia do produto.

equipamentos médicos Equipamentos fixos e portáteis utilizados para diagnóstico, tratamento, monitorização e cuidado direto dos indivíduos.

erro de medicação Qualquer evento evitável que possa levar a um uso inadequado de um medicamento ou que ponha em risco a segurança do paciente. *Ver também* evento sentinela.

escopo da prática Conjunto de atividades realizadas por um profissional em uma instituição de saúde. A abrangência é determinada pelo treinamento, tradição, lei ou regulamento ou pela instituição.

escopo de serviços Conjunto de atividades realizadas pelos profissionais da administração, gerência, clínicos e pessoal de apoio.

evento adverso Ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde. *Ver também* evento sentinela.

evento sentinela Ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função.

exames nos pontos de cuidado Exames realizados em locais fora do ambiente laboratorial tradicional, geralmente no local onde o cuidado é prestado ao indivíduo ou em suas proximidades.

família Pessoa(s) com papel significativo na vida do paciente. A esta definição podem incluir-se pessoas não relacionadas legalmente ao paciente. Esta pessoa, se autorizada a decidir por um paciente, é freqüentemente designada como responsável substituta no processo de tomada de decisões, caso o paciente perca a capacidade de tomá-las por si próprio.

fatores de risco entre o sobrevivente Chance de os membros sobreviventes de uma família ou outros entes queridos passarem por dificuldades com a morte do ente querido.

fluxogramas clínicos Esquemas aprovados de tratamento que incluem todos os elementos do cuidado.

gestão da utilização Planejamento, organização, direção e controle dos recursos. O modo como isso se relaciona com os cuidados prestados ao paciente em uma instituição de saúde é relevante.

gerenciamento de informações Criação, uso, compartilhamento e transmissão de dados ou informações em uma instituição. Esta prática é essencial para o funcionamento eficaz e eficiente das atividades da instituição. Isso inclui o papel da gestão na produção e controle do uso dos dados e informações nas atividades de trabalho, gestão das fontes de informação, tecnologia da informação e serviços de informação.

governo Indivíduo(s), grupo, ou agência que possui autoridade e responsabilidade máximas para instituir políticas, manter a qualidade do cuidado e proporcionar gestão e planejamento à instituição. Outros nomes para este grupo incluem "conselho", "conselho de nomeados", "conselho de governo", "conselho de administração" e "órgão gestor".

indicador Medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição.

indivíduo qualificado Indivíduo ou membro da equipe que pode participar de uma ou de todas as atividades ou serviços da instituição. A qualificação é determinada pelo seguinte: educação, treinamento, experiência, competência e licença, lei ou regulamento, registro ou certificado aplicáveis.

infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) Quaisquer infecções adquiridas por um indivíduo durante o período em que lhe foram prestados cuidados ou serviços em uma instituição de saúde. IACS comuns são as infecções urinárias, infecções de ferida cirúrgica, pneumonias e septicemias.

infecções nosocomiais *Ver* infecções associadas aos cuidados de saúde.

i**nstituição de saúde** Termo genérico utilizado para descrever diversos tipos de instituições que prestam serviços de saúde. Isso inclui centros de atendimento ambulatorial, instituições de saúde mental/ comportamental, instituições de cuidado domiciliar, hospitais, laboratórios e instituições de cuidado de longo prazo. É conhecida também como "organização de saúde".

licenciamento Direito legal garantido por uma agência governamental de acordo com o estatuto que rege uma ocupação (tais como médicos, enfermeiros, psiquiatria, ou o serviço de assistência social, ou o funcionamento de uma instituição de cuidado à saúde).

líder Indivíduo que estabelece expectativas, desenvolve planos e implementa procedimentos destinados a avaliar e melhorar a qualidade das funções e processos institucionais de governo, administração, além de processos clínicos e de assistência.Os líderes descritos nos padrões da JCI incluem pelo menos os líderes do conselho gestor; o diretor geral e outros gerentes seniores; chefes de departamento; os chefes eleitos e nomeados da equipe médica e de outros departamentos clínicos e outros membros da equipe médica que ocupem posições administrativas na instituição; e o diretor de enfermagem e outros líderes seniores de enfermagem.

lista de "o que não usar" Catálogo escrito com abreviações, acrônimos e símbolos que não devem ser utilizados em uma instituição – quer sejam escritos à mão ou digitados em um computador – devido ao seu potencial de confundimento.

materiais e resíduos perigosos Materiais cuja manipulação, uso e armazenamento são indicados ou definidos por regulamento local, regional ou nacional, gases perigosos ou fontes de energia perigosas. Apesar de a JCI incluir os resíduos infectantes nessa categoria de materiais, nem todas as legislações e regulamentos definem os resíduos médicos ou infectantes como resíduos perigosos.

medicamento Quaisquer medicações prescritas, amostras grátis, ervas medicinais, vitaminas, suplementos nutricionais, drogas vendidas sem prescrição médica, vacinas, agentes diagnósticos e de contraste usados ou administrados às pessoas para diagnosticar, tratar ou prevenir doenças ou outras condições patológicas, medicações radioativas, tratamentos de terapia respiratória, nutrição parenteral, hemoderivados e soluções intravenosas (simples, com eletrólitos e/ou drogas).

medicamento de alto risco/de alta vigilância Aquelas drogas com risco de erros que podem levar a conseqüências adversas significativas.

medida
1. Coleta de dados quantificáveis sobre uma função, sistema ou processo.
2. Ferramenta quantitativa. *Ver também* "indicador".

melhores práticas Técnica, método ou processo clínico, científico ou profissional, reconhecida pela maioria dos profissionais de determinada área como sendo a mais eficaz para se atingir determinado objetivo, quando comparada às demais práticas. Essas práticas, por vezes designadas "boas práticas" ou "melhores práticas" são tipicamente baseadas em evidências e orientadas por consenso.

metodologia do rastreador Processo que os avaliadores da JCI utilizam durante a avaliação *in-loco* para investigar os sistemas de uma instituição, acompanhando pacientes individualmente através do processo de prestação de cuidados à saúde da instituição, na seqüência vivenciada pelos pacientes. Dependendo do setor da prestação de cuidados, pode ser necessário que os avaliadores visitem múltiplas unidades de cuidado, departamentos ou áreas dentro da instituição ou uma única unidade de cuidado para "traçar" ou "rastrear" o cuidado prestado ao paciente.

rastreador (*tracer*) de paciente Processo utilizado pela JCI para avaliar toda a experiência do cuidado prestado a um paciente, individualmente, dentro de uma instituição de saúde.

rastreador (*tracer*) de sistema Sessão contida na avaliação *in-loco* destinada a avaliar questões de segurança e de qualidade do cuidado que tenham alta prioridade, de forma sistemática por toda a instituição. Exemplos dessas questões podem incluir prevenção e controle de doenças, gestão de medicamentos, efetividade do mecanismo de preenchimento de vagas e a utilização de dados.

monitoramento Revisão periódica de informações. O objetivo do monitoramento é o de identificar as mudanças em uma situação. Por exemplo, o especialista em informações em saúde da equipe de administração regional de saúde relata mensalmente os casos de meningite que ocorrem nas localidades sob risco.

multidisciplinar Inclui representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço.

observação Tempo durante o qual o paciente é acompanhado de perto por um prestador (ou prestadores) de cuidados.

paciente Indivíduo que recebe cuidado, tratamento e serviços. Para os padrões da JCI, o paciente e a família são considerados uma só unidade de cuidado.

paciente internado Geralmente são pessoas admitidas e alojadas em uma instituição de saúde pelo menos de um dia para o outro.

pacientes externos Geralmente são pacientes que não necessitam de um nível de cuidados associados a um ambiente mais estruturado como necessita um paciente internado ou em regime domiciliar. Em muitos países, o cuidado prestado ao paciente externo é também conhecido como "cuidado ambulatorial". Em alguns países, os pacientes externos são considerados "admitidos" em uma instituição de saúde; em outros, esses pacientes são considerados "registrados". *Ver também* cuidado ambulatorial.

padrão Declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas ou processos que devem estar implementados para que uma instituição forneça cuidados, tratamentos e serviços de alta qualidade.

padrões centrados no paciente Para fins da Acreditação da JCI, são os padrões organizados de acordo com o que é realizado, direta ou indiretamente, para os pacientes (por exemplo, educação do paciente, criação do prontuário do paciente, avaliação do paciente).

padrões de gestão da instituição de saúde Para propósitos de Acreditação da JCI, são padrões que são organizados de acordo com o que é feito direta ou indiretamente para manter instituições e instalações seguras, eficazes e bem administradas (por exemplo, prevenção e controle de infecções, gestão de instalações, qualificações da equipe).

paliativos – cuidados/tratamentos e serviços Tratamentos e serviços de apoio destinados mais a aliviar a dor e o sofrimento do que a curar a doença. A terapia paliativa pode incluir a realização de cirurgias ou de radioterapia para reduzir as dimensões de tumores que estejam comprimindo estruturas vitais e, com isso, melhorar a qualidade de vida. Serviços paliativos incluem o atendimento às necessidades psicológicas e espirituais do paciente e o amparo ao paciente terminal e à sua família.

patologia clínica Serviços relacionados à resolução de problemas médicos, utilizando-se particularmente de métodos laboratoriais para auxiliar no diagnóstico clínico. Inclui a bioquímica clínica, bacteriologia e micologia, parasitologia, virologia, microscopia clínica, hematologia, imunohematologia, imunologia, sorologia e radioimunoensaio.

pausa (*time out*) Pausa efetuada imediatamente antes da realização de uma cirurgia ou de outro procedimento, durante a qual quaisquer questões sem resposta ou dúvidas a respeito do paciente, do procedimento ou do local da intervenção são resolvidas por toda a equipe cirúrgica ou equipe responsável pelo procedimento. Mesmo quando o procedimento for realizado por apenas uma pessoa, é adequado que se faça uma breve pausa para confirmar se o paciente, procedimento e local de intervenção estão corretos.

plano Método detalhado, formulado antecipadamente, que identifica necessidades, enumera estratégias para satisfazer a essas necessidades, e determina metas e objetivos. O formato do plano pode incluir narrativas, políticas e procedimentos, protocolos, diretrizes práticas, condutas clínicas, mapas de cuidados ou uma combinação desses elementos.

plano de cuidados Plano que identifica as necessidades de cuidado do paciente, enumera a estratégia para satisfazer a essas necessidades, documenta as metas e objetivos do tratamento, define os critérios para o fim das intervenções e documenta a evolução do indivíduo com relação ao cumprimento das metas e objetivos especificados. Ele é baseado nos dados obtidos durante a avaliação do paciente. O formato do plano em algumas instituições pode ser guiado por políticas e procedimentos específicos, protocolos, diretrizes práticas, condutas clínicas ou uma combinação desses elementos. O plano de cuidados pode incluir prevenção, cuidado, tratamento, habilitação e reabilitação. *Ver também* plano.

plano(s) de gestão do ambiente Documento escrito da instituição que descreve o processo adotado nas seguintes áreas de atuação: segurança e proteção, materiais perigosos, emergências, segurança contra incêndio, equipamentos biomédicos e sistemas utilitários. O plano identifica procedimentos específicos que definam responsabilidades, ações e estratégias relativas à atenuação, prontidão, resposta e recuperação.

preventivos – cuidados/ tratamentos e serviços Intervenções que visam promover a saúde e prevenir doenças. Elas incluem a identificação e o aconselhamento sobre fatores de risco (por exemplo, tabagismo, sedentarismo), triagem para detectar doenças (por exemplo, câncer de mama, doenças sexualmente transmissíveis), imunizações e quimioprofilaxia (por exemplo, terapia de reposição hormonal).

privilégio Processo no qual a instituição de saúde autoriza uma determinada área e conteúdo dos serviços de cuidado ao paciente (ou seja, privilégios clínicos) a um profissional de saúde, baseando-se na avaliação das credenciais e do desempenho do indivíduo.

procedimento invasivo Processo envolvendo punção ou incisão da pele, ou inserção de dispositivo ou material estranho no organismo.

processo de acreditação Processo contínuo através do qual as instituições de saúde devem demonstrar à JCI que prestam cuidados seguros e de alta qualidade, em conformidade com os padrões da JCI e com as recomendações das Metas Internacionais de Segurança do Paciente. O elemento fundamental deste processo consiste em uma avaliação *in-loco* realizada pelos avaliadores da JCI.

processo de cuidado ao paciente Ato de proporcionar acomodações, conforto e tratamento a um indivíduo. Isso implica em responsabilidade pela segurança, incluindo tratamento, serviços, habilitação, reabilitação ou outros programas solicitados para o indivíduo, pela instituição ou rede.

processos Uma série de ações (ou atividades) que transformam os insumos (recursos) em resultados (serviços). Por exemplo, um programa de educação de saúde rural irá requerer que a equipe desenvolva uma estratégia de educação, prepare materiais educativos e ministre as aulas.

profissionais *Ver* corpo profissional.

profissionais não-clínicos *Ver* corpo profissional.

profissional de saúde Qualquer pessoa que tenha completado um curso de qualificação e esteja habilitado em algum campo da saúde. Isso inclui médicos, dentistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Os profissionais de saúde geralmente são licenciados por uma agência do governo ou certificados por uma organização profissional.

programa de gerenciamento de risco Atividades clínicas e administrativas que as instituições implementam para identificar, avaliar e reduzir o risco de lesões aos pacientes, funcionários e visitantes e o risco de prejuízos para a própria instituição.

programas de laboratórios especializados Programas que incluem disciplinas laboratoriais tais como bioquímica (incluindo toxicologia, testes de drogas terapêuticas, e testes de abuso de drogas); citogenética; imunogenética clínica; imunologia diagnóstica, embriologia; hematologia (incluindo testes de coagulação); histocompatibilidade; imunohematologia; microbiologia (incluindo bacteriologia, micobacteriologia, micologia, virologia e parasitologia); biologia molecular; patologia (incluindo patologia cirúrgica, citopatologia e necropsia); e radioimunoensaio.

prontuário do paciente/prontuário médico/ prontuário clínico Relatório escrito de uma série de informações a respeito da saúde do paciente, tais como os resultados de avaliações, detalhes do tratamento, evolução e resumo da alta. Esse registro é criado por médicos ou outros profissionais de saúde.

prontuário médico *Ver* prontuário do paciente/ prontuário médico/prontuário clínico.

propósito Breve explicação sobre a base lógica, significado e significância de um padrão, apontada neste manual no tópico Propósito. O propósito pode conter expectativas detalhadas do padrão, que são avaliadas no processo de avaliação *in-loco.*

proteção Proteção contra perda, destruição, falsificação ou acesso ou uso não autorizados.

protocolo Resumo de um plano de tratamento ou projeto de pesquisa – incluindo tipos de participantes dos ensaios, cronograma, procedimentos, medicamentos e doses, etc. – para a utilização de um procedimento experimental ou de um novo tratamento, com o intuito de avaliar seu uso em seres humanos.

quadro funcional Representação gráfica de títulos e relações hierárquicas em uma instituição, sendo algumas vezes designado como "quadro funcional" ou "quadro institucional".

qualidade do cuidado Nível em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a sua probabilidade de alcançarem os resultados desejados e são compatíveis com o conhecimento profissional atual. As dimensões do desempenho incluem o seguinte: questões relacionadas à perspectiva do paciente; segurança do ambiente de prestação de cuidados; e acessibilidade, conveniência, continuidade, efetividade, eficácia, eficiência e oportunidade dos cuidados.

quase falha (*near miss*) Qualquer variação de um processo que não afeta um resultado, mas cuja recorrência acarreta grande chance de uma conseqüência adversa grave. Esse tipo de "quase falha" enquadra-se na definição de um evento adverso. *Ver também* evento adverso.

recrutamento Busca; normalmente novos empregados ou outros membros de uma instituição.

referência Ato de enviar um indivíduo (1) de um clínico para outro clínico ou especialista; ou (2) de um setor ou serviço a outro, ou para outro recurso, para fins de consulta ou cuidados que o local de origem da referência não esteja preparado ou qualificado para fornecer.

resíduos infectantes *Ver* materiais e resíduos perigosos.

resíduos médicos *Ver* materiais e resíduos perigosos.

resultado Efeito(s) que uma intervenção tem sobre um problema de saúde específico. Ele reflete o objetivo da intervenção. Por exemplo, o(s) resultado(s) de um programa de educação de saúde rural sobre o consumo seguro de água, poder ser uma redução dos episódios diarréicos em crianças abaixo dos cinco anos de idade ou uma redução da mortalidade infantil pela diarréia.

sedação *Ver* anestesia e sedação

segurança Grau em que edifícios, terrenos e equipamentos da instituição não apresentam riscos ou perigos para os pacientes, funcionários e visitantes.

serviços contratados Serviços proporcionados através de acordo por escrito com outra instituição, agência ou indivíduo. O acordo especifica os serviços ou pessoal a ser fornecido em nome da instituição requerente e as taxas para se obter esse serviço ou pessoal.

serviços de reabilitação Utilização de medidas de caráter médico, social, educacional e vocacional para treinar ou retreinar indivíduos incapacitados por uma doença ou lesão. A meta é possibilitar que os pacientes alcancem o maior nível possível de capacidade funcional.

sintoma principal Primeiro ou mais evidente indício de uma doença ou outro distúrbio.

sintoma secundário Indício de doença ou de outro distúrbio que surge após ou devido a um sintoma principal.

sistema utilitário Sistema e equipamentos institucionais que forneçam o que se segue: distribuição elétrica; energia de emergência; água; transporte horizontal e vertical; aquecimento, ventilação e ar condicionado; encanamento, caldeira e vapor; gases encanados; sistemas de vácuo; ou sistemas de comunicação, incluindo os sistemas de troca de dados. Pode também incluir sistemas de suporte à vida; vigilância, prevenção e controle de infecções; e apoio ambiental.

***status* funcional** Habilidade dos indivíduos cuidarem de si próprios, fisicamente e emocionalmente, de forma adequada à sua faixa etária. O *status* funcional pode ser dividido em funções "sociais", "físicas" e "psicológicas". O *status* funcional pode ser avaliado através da realização de perguntas durante exames de saúde periódicos ou através da utilização de instrumentos formais de triagem. *Ver também* medida.

sumário de alta Sessão do prontuário que resume as razões para a internação, os achados importantes, os procedimentos realizados, o tratamento administrado, a condição do paciente na alta, e quaisquer instruções específicas dadas ao paciente ou à sua família (como, por exemplo, acompanhamento, medicações).

terapia nutricional Tratamento médico que inclui as nutrições enteral e parenteral.

transferência Mudança formal de responsabilidade pelo cuidado ao paciente de (1) uma unidade de cuidados a outra, (2) um serviço clínico a outro, (3) um profissional qualificado a outro ou (4) uma instituição para outra.

utilização Uso, padrões de uso ou taxas de uso de um serviço de saúde específico. O "uso excessivo" ocorre quando um serviço de saúde é prestado em circunstâncias nas quais seu potencial de dano excede os benefícios possíveis. A "subutilização" é a falha na utilização de um serviço de saúde necessário quando ele poderia ter gerado um resultado favorável ao paciente. O "mau uso" ocorre quando se seleciona um serviço adequado, mas acontece uma complicação que poderia ter sido evitada. Todos os três refletem um problema na qualidade do cuidado e podem elevar o risco de mortalidade e reduzir a qualidade de vida. *Ver também* gestão da utilização.

variação Diferenças obtidas nos resultados ao se medir um mesmo evento mais de uma vez. As fontes de variação podem ser agrupadas em duas classes principais: causas comuns e causas especiais. Grandes variações geralmente levam ao desperdício e à perda, como a ocorrência de resultados indesejáveis na saúde dos pacientes e o aumento no custo dos serviços de saúde.

verificação na fonte primária Verificação, na origem, ou junto a um representante autorizado desta fonte, das qualificações apresentadas por um profissional de saúde. Alguns métodos para se conduzir uma verificação na fonte primária incluem correspondência direta, verificação telefônica documentada ou verificação eletrônica segura junto à fonte original da qualificação, ou ainda relatórios das instituições de verificação de referências que cumpram os requisitos da JCI.

Índice Remissivo

A

E

F

G

Índice Remissivo

H

I

J

L

M

N

O

P

Índice Remissivo

Q

S

T

U

V

Missão

MISSÃO DO CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO

Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde no país, por meio de um processo de acreditação.

MISSÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION

Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, através de serviços de acreditação e consultoria.